

REFERAT Styregruppe for sundhedssamarbejde d. 09-05-2016

Mødedato Mandag d. 09. maj 2016 kl. 14:00

Mødested Regionshuset, Mødelkale 10

Indholdsfortegnelse

Godkendelse af dagsorden.....	3
Godkendelse af referat.....	4
Foranalyse Telemedicinsk hjemmemonitoring for KOL.....	5
Anvendelse af midler i Den tværsektorielle pulje 2017.....	11
Reviderede forløbsprogrammer.....	13
Videreførelse af følge-op ordningen.....	16
Nyt nationalt kvalitetsprogram - udmøntning.....	17
Orientering om det tværsektorielle samarbejde på palliationsområdet.....	18
Orientering om genoptræningsplaner for rehabilitering på specialiseret niveau.....	19
Årsrapport vedr. tværsektoriel patientsikkerhed 2015.....	21
Økonomi.....	22
Gensidig orientering.....	23
Dagsorden til Sundhedskoordinationsudvalget.....	24
Eventuelt.....	25

Punkt 1: Godkendelse af dagsorden

14-001379

sagsfremstilling

Møde i Styregruppe for sundhedssamarbejde i Region Sjælland

Mandag den 9. maj 2016 kl. 14:00

Regionshuset, Mødelkale 10

Journalnummer: 14-001379

1. Godkendelse af dagsorden

Behandling i Styregruppe for sundhedssamarbejde mandag den 9. maj 2016, pkt. 1

Godkendt.

Psykiatridirektør Michael Werchmeister, Vicedirektør Aase Bjerring, Sundhedschef Dorte Berg Rasmussen, Velfærdsdirektør Yvonne Barnholdt, Direktør for velfærd Gitte Løvgren og Chef i koncernledelsen, Holbæk Kommune - Karen Schur deltog ikke i Styregruppe for sundhedssamarbejdes behandling af sagen.

Punkt 2: Godkendelse af referat

14-001379

sagsfremstilling

Møde i Styregruppe for sundhedssamarbejde i Region Sjælland

Mandag den 9. maj 2016 kl. 14:00

Regionshuset, Mødelkale 10

Journalnummer: 14-001379

2. Godkendelse af referat

Opfølgning på pkt. 9 vedr. fremtidigt samarbejde om infektionshygiejne:

Punktet ønskes behandlet igen 9. maj, men da der ikke foreligger de ønskede modelbeskrivelser, er punktet udsat til næste møde i Styregruppen for sundhedssamarbejdet.

Behandling i Styregruppe for sundhedssamarbejde mandag den 9. maj 2016, pkt. 2

Da, der er orienteret i særskilt mail, om at borgerens plan som projekt er lukket ned, vil der ikke ske yderligere opfølgning på mødet.

Psykiatridirektør Michael Werchmeister, Vicedirektør Aase Bjerring, Sundhedschef Dorte Berg Rasmussen, Velfærdsdirektør Yvonne Barnholdt, Direktør for velfærd Gitte Løvgren og Chef i koncernledelsen, Holbæk Kommune - Karen Schur deltog ikke i Styregruppe for sundhedssamarbejdes behandling af sagen.

Punkt 3: Foranalyse Telemedicinsk hjemmemonitoring for KOL

13-001474

sagsfremstilling

3. Foranalyse KOL

Styregruppe for sundhedssamarbejde Brevid: 2954096

Resume

Landsdækkende udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL inden udgangen af 2019 blev aftalt mellem parterne ved økonomaftalen for 2016. Styregruppe for sundhedssamarbejde igangsatte på den baggrund en analyse af landsdelens specifikke forudsætninger herfor og efterspurgte en business case for det kommende program. Analysen foreligger nu i rapportform. Hovedkonklusionen er, at området kræver yderligere belysning og konkretisering i samspil med de nationale forudsætningsprojekter. Der må forventes to faser for det kommende programarbejde. Fase ét, der primært etablerer forudsætningerne for udbredelsen af løsningen i landsdelen i samspil med de nationale forudsætningsprojekter. Fase to, der fra 2018 gennemfører implementering af løsningen i landsdelen. Substantielle omkostninger i forbindelse med anskaffelser forventes først i fase to.

Sagsfremstilling

Landsdækkende udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL inden udgangen af 2019 blev aftalt mellem parterne ved økonomaftalen for 2016. Styregruppe for sundhedssamarbejde igangsatte på den baggrund en analyse af landsdelens specifikke forudsætninger herfor og efterspurgte en business case for det kommende program. Analysen foreligger nu i rapportform og er vedlagt som bilag. Analysen og det igangværende arbejde med nationale forudsætningsprojekter i regi af Porteføljestyregruppen for det nationale program giver anledning til en række anbefalinger for det videre arbejde med landsdelsprogrammet. Disse beskrives i nærværende sagsfremstilling og opsummeres i indstillingen.

Analysen

Analysens hovedkonklusion er, at området kræver yderligere belysning og konkretisering i samspil med de nationale forudsætningsprojekter. Analysen er gennemført på baggrund af en række workshops med relevante medarbejdere fra landsdelen, suppleret med interviews og gennemgang af baggrundsmateriale. Beskrivelsen af behandlingen af borgere med KOL i dag tager udgangspunkt i arbejdet omkring forløbsprogrammet for KOL i landsdelen, der forventes godkendt i første halvdel af 2016. Suppleret med resultaterne af en heldagsworkshop. Beskrivelsen af en mulig kommende løsning for tilbud om telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL tager udgangspunkt i erfaringerne fra TeleCare Nord projektet. Suppleret med resultater fra samme heldagsworkshop. Analysens mere specifikke resultater drejer sig især om de varierende kommunale forudsætninger og en mulig rolle for KOL Kompetencecenter. Specielt Slagelse og Roskilde kommuner fremhæves på grund af erfaringer med telemedicinske løsninger. KOL Kompetencecenter fremhæves som et muligt organisatorisk udgangspunkt for sundhedsfaglig support af borgere og sundhedsprofessionelle, monitorering af borgerrapporterede data og opfølgning på borgerrapporterede data.

Generiske elementer i den kommende løsning

Den kommende løsning for telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL kommer til at indeholde en lang række elementer af forskellig art. Den mere præcise løsning afhænger naturligvis af valget af organisationsform i bred forstand, men det er dog muligt at beskrive en række grundelementer i løsningen. Det er her vigtigt at holde sig for øje, at en række af disse delelementer i løsningen også vil kunne anvendes ved udbredelsen af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med andre kroniske sygdomme end KOL. Eksempelvis diabetes og hjerteinsufficiens. Den kommende løsning for telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL bliver på den måde generisk og et solidt udgangspunkt for fremtidige løsninger for telemedicinsk hjemmemonitorering.

Elementerne i den kommende løsning kan opdeles i følgende hovedkategorier:

- 1) Den digitale understøttelse af løsningen i bred forstand.
 - a. Devices (Tablet pc, vægt, saturations- og blodtryksmåler).
 - b. Bredbånd.
 - c. Integration af fagsystemer (lægepraksissystemer, omsorgsjournaler og sygehusenes kliniske it-løsninger) i den nationale telemedicinsk infrastruktur.
- 2) Service-, support- og logistikfunktion.
 - a. Systemforvaltning af den digitale understøttelse (vedligeholdelse, videreudvikling, fejlrettelse, opetid, kontrakt håndtering mv.).
 - b. Håndtering af henvendelser fra borgere og sundhedsprofessionelle om anvendelsen af den digitale understøttelse (Er det det grønne eller den røde knap jeg skal trykke på?).

- c. Håndtering af henvendelser fra borgere og sundhedsprofessionelle om fejl og u hensigtsmæssigheder ved den digitale understøttelse (Tekniske nedbrud i devices og Apps).
- d. Udbringning og opsætning af den borgerrettede del af den digitale løsning.
- e. Undervisning af borgeren i den borgerrettede del af den digitale løsning.
- f. Undervisning af sundhedsprofessionelle i den sundhedsfaglige del af digitale løsninger.

3) Sundhedsfaglig support.

- a. Håndtering af henvendelser fra borgere om sundhedsfaglige spørgsmål i forbindelse med monitoreringen. [Kan ligge i KOL Kompetencecenter eller hos den kommunale hjemmepleje].
 - b. Monitorering af borgerens sundhedsdata.
 - c. Opfølgning over for borger eller over for andre sundhedsprofessionelle.
- ### 4) Modeller for fælles finansiering og drift af tværsektorielle organisatoriske enheder og juridisk afklaring af ejerskab af data, datasikkerhed mv.

Den digitale understøttelse af løsningen i bred forstand.

Det er et basalt krav til etableringen af den digitale løsning, at sundhedsprofessionelle skal kunne se og reagere på de borgerrapporterede data i de sundhedsfaglige it-løsninger, de betjener sig af ved løsningen af deres øvrige opgaver. Dette stiller store krav til integration og funktioner i den samlede digitale løsning for telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL.

Kompleksiteten øges af, at den samlede digitale understøttelse vil blive tilvejebragt i et samarbejde mellem stat, regioner og kommuner. Sundhedsdatastyrelsen er ansvarlig for et forudsætningsprojekt, der skal levere en moden (national) telemedicinsk infrastruktur. Landsdelsprogrammerne med kommuner og regioner skal anvende denne telemedicinske infrastruktur.

Den telemedicinske infrastruktur kommer til at bestå af et nationalt dataregister med en række services tilknyttet og med en række åbne snitflader til lægepraksissystemer, omsorgsjournaler og sygehusenes kliniske it-løsninger. Landsdelsprogrammerne skal ved deres anvendelse af den telemedicinske infrastruktur levere borgerrapporterede data fra et opsamlingspunkt (Open Tele) til den (nationale) telemedicinske infrastruktur og udvikle snitflader, der kobler lægepraksissystemer, omsorgsjournaler og sygehusenes kliniske it-løsninger til den (nationale) telemedicinske infrastruktur. Landsdelsprogrammerne skal endvidere sikre udvikling af funktioner i de sundhedsfaglige it-systemer, der gør håndteringen af borgerrapporterede data intuitiv.

Det kommende landsdelsprogram for Region Sjælland/KKR Sjælland vil skulle bidrage til det nationale forudsætningsprojektet for modning af telemedicinsk infrastruktur og samtidig skulle sikre landsdelsprogrammets leverancer til den samlede digitale understøttelse.

Denne samlede digitale løsning for telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL vil i et bredere perspektiv kunne anvendes og udbygges til borgere med andre kroniske sygdomme eksempelvis diabetes og hjerteinsufficiens. Billedligt talt vil motorvejen være til stede og blot kræve en udvidelse med et ekstra spor.

Service-, support- og logistikfunktion.

Der er et vidt forskelligt erfaringsgrundlag i de 5 landsdele for etablering af en service-, support- og logistikfunktion. Landsdelen Region Sjælland/KKR Sjælland er uden reelle erfaringer på dette område, der blandt andet er specielt fordi det medfører direkte borgerhenvendelser og i sin natur er tværsektorielt. Der er blandt andet på den baggrund etableret et nationalt forudsætningsprojekt som en del af det samlede nationale program, der som primær leverance skal stille en række brugbare modeller til rådighed for landsdelsprogrammerne. Disse modeller skal både præcisere indholdet og problematikkerne omkring service-, support-, og logistikfunktion og beskrive organisatoriske løsninger. Herunder en drøftelse af, hvornår det er oplagt at etablere tværsektorielle organisatoriske enheder i landsdelene og hvornår enkelte elementer i funktionerne muligvis kunne tilvejebringes nationalt. Forudsætningsprojektet for service-, support- og logistikfunktioner projektledes af kommuner og regioner i fællesskab.

For landsdelen Region Sjælland/KKR Sjælland skal service-, support- og logistikfunktionen med dens beskrevne 5 hovedelementer etableres fra grunden. Det kommende landsdelsprogram for Region Sjælland/KKR Sjælland vil skulle bidrage til forudsætningsprojektet med landsdelens særlige ønsker og krav for at sikre en for landsdelen hensigtsmæssig og solid leverance fra forudsætningsprojektet. Samtidig vil landsdelsprogrammet skulle sikre etableringen af en service-, support- og logistikfunktion, der passer til landsdelens forudsætninger.

En service-, support- og logistikfunktion for telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL vil i et bredere perspektiv kunne anvendes og udbygges til borgere med andre kroniske sygdomme eksempelvis diabetes og hjerteinsufficiens.

Sundhedsfaglig support.

Der er et vidt forskelligt erfaringsgrundlag i de 5 landsdele for etablering af sundhedsfaglig support. Den sundhedsfaglige support handler om, at borgeren skal have et sted at ringe hen, hvis denne bliver i tvivl om sundhedsfaglige spørgsmål i forbindelse med den telemedicinske hjemmemonitorering. Samtidig omfatter den sundhedsfaglige support monitoreringsindsatsen af de borgerrapporterede data og den relevante opfølgning på disse over for borgeren eller andre sundhedsprofessionelle. I TeleCare Nord projektet er den sundhedsfaglige support lagt hos den kommunale hjemmepleje,

mens den i det foreløbige forslag til organisation i Region Sjælland/KKR Sjælland er tænkt placeret i KOL Kompetencecenter. Dette vil naturligvis forudsætte, at KOL Kompetencecenter videreføres – i første omgang i 2017. I forbindelse med etableringen af sundhedsfaglig support kan det også overvejes, om landsdelen i lighed med andre regioner skal indarbejde et videnscenter for anvendelse af telemedicinsk løsninger.

Den endelige beslutning herom vil blive en del af det kommende landsdelsprogramms arbejde. Der kan imidlertid næppe herske tvivl om, at valget af den organisatoriske udmøntning af sundhedsfaglig support i landsdelen vil stå centralt som et hovedelement i den samlede organisation af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL.

Den sundhedsfaglige support vil fremadrettet blive understøttet af et forudsætningsprojekt under Sundhedsstyrelsens ledelse. Hovedleverancen vil være todelt, idet projektet både skal levere vejledende kliniske retningslinjer og anbefaling til inklusion af borgere i tilbuddet om telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL.

Etableringen af sundhedsfaglig support for telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL vil i et bredere perspektiv kunne anvendes og udbygges til borgere med andre kroniske sygdomme, eksempelvis diabetes og hjerteinsufficiens.

Modeller for fælles finansiering og drift af tværsektorielle organisatoriske enheder og juridisk afklaring af ejerskab af data, datasikkerhed mv.

Det nationale forudsætningsprojekt for service-, support- og logistikfunktion vil som en del af sin leverance adressere en række relevante problemstillinger i forbindelse med det tværsektorielle samarbejde. Herunder modeller for fælles kommunal/regional finansiering af fælles funktioner. Desuden vil en række juridiske problemstillinger omkring ejerskab af data og fælles udbud i forbindelse med anskaffelse af den del af den digitale løsning, der skal leveres af landsdelsprogrammerne. Dette element af modelleverancerne fra forudsætningsprojektet Service-, support- og logistikfunktioner vil kunne anvendes ved etableringen af disse funktioner, men også kunne være relevant for eksempelvis den eventuelle kommende rolle for KOL Kompetencecenter.

Målgruppe

Ifølge Sundhedsstyrelsens oplysninger er der i Danmark ca. 430.000 danskere, der har KOL, undersøgelser estimerer at mellem 100.000 og 120.000 danskere er i medicinsk behandling for KOL^[1]. [Den diskrepans, der er mellem det skønnede antal personer i Danmark, der har KOL og de ca. 120.000 er i medicinsk behandling for KOL, skyldes primært to faktorer:](#)

1. [Ikke diagnosticerede personer med lungefunktionsnedsættelse og symptomer.](#)
2. [Diagnosticerede personer uden betydende symptomer og uden behov for medicinsk behandling.](#)

[Det vides ikke med sikkerhed, hvor store de to grupper er^{\[2\]}.](#)

[I Region Sjælland blev der i 2013 udarbejdet rapporten Sundhedsprofil 2013. I alt bidrog 16.580 borgere i Region Sjælland til undersøgelsen. Rapporten viser, at 4,9 procent af Region Sjællands borgere har KOL³. Den viser også, at forekomsten stiger med alderen, og 13,4 procent af borgere i Region Sjælland på 80 år eller derover har KOL. Dermed ligger antallet af borgere med KOL i landsdelen Region Sjælland/KKR Sjælland over landsgennemsnittet. Den reelle målgruppe for telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL bør i et bredere perspektiv gøres til genstand for en drøftelse, hvor flere parametre bringes i spil. Det foreløbige udgangspunkt bør imidlertid være erfaringerne fra storskalaafprøvningen af TeleCare Nord, der i den afsluttende rapport for projektet identificerer borgere med svær KOL som en relevant målgruppe. Begrundelsen for at udpege netop borgere med svær KOL som relevant målgruppe, udspringer af det forhold, at der for denne målgruppe er både sundhedsøkonomiske og kvalitative gevinster at hente ved at tilbyde telemedicinsk hjemmemonitorering.](#)

[Den præcise målgruppe kan og bør drøftes i forbindelse med gennemførelsen af landsdelsprogrammet og det endelige valg af organisation, samarbejde og ansvar ved gennemførelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL.](#)

[Inklusionen af borgere i tilbuddet om telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL og de kliniske retningslinjer herfor vil herudover blive en leverance fra et nationalt forudsætningsprojekt, der projektlejdes af Sundhedsstyrelsen. Det skal understreges, at de kliniske retningslinjer og anbefalingen af, hvilke borgere, der skal tilbydes telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL vil blive vejledende.](#)

[Det kommende landsdelsprogram for Region Sjælland/KKR Sjælland vil skulle bidrage til forudsætningsprojektet med landsdelens særlige ønsker og krav for at sikre en for landsdelen hensigtsmæssig og solid leverance fra forudsætningsprojektet.](#)

Gvinster

[Der kan med udgangspunkt i erfaringerne fra TeleCare Nord projektet forventes en række gevinster ved etablering af tilbud om telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL. Disse forventede gevinster er indarbejdet i de strategiske målsætninger. Det skal samtidig understreges, at den nationale udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL må forventes at forbedre gevinstpotentialet primært med udgangspunkt i en](#)

øget professionalisering af service-, support og logistikfunktioner og ved en bedre digital understøttelse og ændret organisatorisk fokus på reduktion i antallet af ambulante kontroller.

Øget livskvalitet og sygdomsmestring for borgerne.

Forskningserfaringer fra især TeleCare Nord viser, at telemedicinsk hjemmemonitorering øger livskvaliteten for borgere med KOL, fordi borgeren oplever øget tryghed, frihed og bliver i stand til selv at handle på forværringer i sygdomstilstanden. Nedenstående tal stammer fra 60 interviews lavet af et af TeleCare Nord's Ph.d.-projekter:

- 62 % oplever øget kontrol.
- 72 % oplever øget tryghed.
- 50 % får øget opmærksomhed på symptomer og reagerer på dem (sygdomsforståelse).
- 27 % oplever øget frihed.
- 97 % syntes, Telekittet var meget let eller nogenlunde let at bruge.

Hertil kommer, at den sundhedsøkonomiske forskning fra TeleCare Nord projektet har påvist en positiv påvirkning af kvalitetsjusterede leveår, som dog ikke er statistisk signifikant, men i tråd med de resultater, der er opnået i projektet.

Sundhedsøkonomi

De økonomiske gevinster ved telemedicin er størst for borgere med svær KOL. TeleCare Nord estimerer, at der for den patientgruppe kan spares 7.000 kr. årligt per patient i kommuner og region. Det er især indkøb af udstyr og kommunale sygeplejerskers monitorering af data, der driver omkostningssiden. Besparelsen skyldes primært færre indlæggelser. Der er etableret et nationalt forudsætningsprojekt med det formål at lave en genberegning af business casen fra 2015 med udgangspunkt i relevante data fra TeleCare Nord projektet.

Omkostninger

Dette afsnit opstiller enkeltelementerne i det samlede omkostningsbillede for programgennemførelse og efterfølgende drift af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL. Det skal dog allerede her gøres opmærksom på, at de substantielle anskaffelsesomkostninger først forventes at falde fra 2018 – 2019. Som det også fremgår af nedenstående afsnit om programorganisation og tidsplan.

Omkostninger ved etablering af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL.

Elementerne i etableringen ved den kommende løsning kan opdeles i følgende hovedkategorier:

- 1) Den digitale understøttelse af løsningen i bred forstand.
 - a. Devices (Tablet pc, vægt, saturations- og blodtryksmåler). Enhedspris pr. borger.
 - b. Bredbånd. Enhedspris pr. borger.
 - c. Integration af fagsystemer (lægepraksissystemer, omsorgsjournaler og sygehusenes kliniske it-løsninger) i den nationale telemedicinsk infrastruktur. Samlet pris for landsdelens del af den samlede løsning.
- 2) Service-, support- og logistikfunktion – etableringsudgifter for landsdelen.
- 3) Sundhedsfaglig support – etableringsudgifter for landsdelen.
- 4) Undervisning af borgeren i den borgerrettede del af den digitale løsning. Enhedspris pr. borger.
- 5) Undervisning af sundhedsprofessionelle i den sundhedsfaglige del af digitale løsning.
- 6) Personaleomkostninger for dedikerede medarbejdere i programmet.
- 7) Personaleomkostninger beregnet som medgået tid for medarbejdere, der ikke er allokeret fuldtids til programmet.

Driftsomkostninger ved tilbud om telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL.

Elementerne i opretholdelsen af en driftsløsning for tilbuddet om telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL kan opdeles i følgende hovedkategorier:

- 1) Personaleomkostninger i forbindelse medgået tid til nye opgaver:
 - a. Monitorering. Enhedspris pr. borger.
 - b. Opfølgning. Enhedspris pr. borger.
 - c. Sundhedsfaglig support i øvrigt (ud over monitorering og opfølgning). Enhedspris pr. borger og basisomkostning.
 - d. Service-, support- og logistikfunktioner: Enhedspris pr. borger og basisomkostning.
- 2) Vedligeholdelse (service, support og logistik) og afskrivning af devices og software. Enhedspris pr. borger og basisomkostning.

Programorganisation og tidsplan

Det må forventes, at programorganisationen udvikles og opbygges over tid på en sådan måde, at hovedleverancerne i tidsplanen kan tilvejebringes. Der pågår for nærværende en drøftelse af realismen i den tidsplan, som Porteføljestyregruppen har som sit umiddelbare udgangspunkt. Det skal her huskes, at deadline for udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL er sat til ultimo 2019. Når dette aftalemæssige grundlag

sammenholdes med de mange forudsætningsprojekter med helt afgørende leverancer for landsdelsprogrammet for Region Sjælland/KKR Sjælland, forekommer det mest realistisk med en tidsplan, der har to hovedfaser:

- 1) Fase ét der strækker sig fra anden halvdel af 2016 – 2018 og som fokuserer på landsdelsprogrammets etablering af en lang række forudsætninger for udbredelsen af tilbuddet om telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL. Herunder en lang række afklaringer og aftalemæssige forhold der skal tilvejebringes i tæt samspil med det nationale programs forudsætningsprojekter. Samt en gradvis opbygning af den programorganisation, der skal gennemføre fase to.
- 2) Fase to der strækker sig fra 2018 – 2019 og som dækker den egentlige udrulning af den løsning, der er blevet forberedt under fase ét.

Programorganisationen skal altså opbygges over tid, men bør som et minimums udgangspunkt fra andet halvår 2016 omfatte en fuldtids programleder og programressourcer der svarer til ½ årsværk i 2016. Programorganisationen vil skulle opbygges i henhold til Prince2 modellen med en decideret programstyregruppe for programmet med reference til Styregruppen for sundhedssamarbejdet og Porteføljestyregruppen via landsdelens to repræsentanter her. Med ovenstående tidsplan i de to faser vil de substantielle anskaffelsesomkostninger først falde i fase to (2018 – 2019). Omkostningerne i fase ét vil primært være af personalemæssig art.

Økonomi

Der forventes alene udgifter til drift af programorganisationen i 2017. Projektudgifter i 2018 beregnes, når forudsætningerne for dette er tilstede.

Indstilling

Administrationen indstiller at

- 1) Der etableres en programorganisation med virkning fra august 2016 og frem til programmets afslutning.
- 2) Programorganisationen etableres med en fuldtids programleder og en programmerarbejder svarende til et årsværk. Altså to halve årsværk i 2016.
- 3) Projektstyregruppen for det nu afsluttede analyseprojektet fortsætter som programstyregruppe for landsdelsprogrammet.
- 4) Programorganisationens bemanning revurderes af Styregruppe for sundhedssamarbejde primo 2017. Revurderingen sker på basis af en business case for landsdelsprogrammet, der også omfatter en milepælsplan med forventede projektleverancer.
- 5) Fuldtids programleder tilvejebringes af Region Sjælland.
- 6) Fuldtids programmerarbejder tilvejebringes af KKR Sjælland.
- 7) Programorganisationen påbegynder sit arbejde efter en overordnet tidsplan i to faser. Fase ét der strækker sig fra anden halvdel af 2016 – 2018 og som fokuserer på landsdelsprogrammets etablering af en lang række forudsætninger for udbredelsen af tilbuddet om telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL. Fase to, der strækker sig fra 2018 – 2019 og som dækker de egentlig udrulning af den løsning, der er blevet forberedt under fase ét.
- 8) Budgetforberedende arbejde for perioden 2018 – 2019 igangsættes primo 2017 på basis af den nævnte business case under punkt 4. Det budgetforberedende arbejde igangsættes af parterne selv på basis af forventede omkostninger ved etablering og drift af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL.
- 9) Rapporten ”Analyse af udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL i landsdelen Region Sjælland” godkendes.

Sagen afgøres af Styregruppen for Sundhedssamarbejde.

Sagen videresendes til behandling i Sundhedskoordinationsudvalget.

Behandling i Styregruppe for sundhedssamarbejde mandag den 9. maj 2016, pkt. 3

ad 1 Godkendt

ad 2 + 6 Kommunerne er indstillede på at bidrage med ½ stilling som bemanded af det kommunale sekretariat som hidtil.

Herudover bidrager kommunerne med deltagelse af medarbejdere til workshops mv. i relevant omfang.

Til øvrige indstillinger var der følgende bemærkninger:

· Der ønskes en midtvejsstatus, så kommunerne har mulighed for at vurdere projektet og bringe ønsker frem til den politiske dagsorden. Midtvejsstatus vil hensigtsmæssigt finde sted i forbindelse med justering af Tele Care Nord businesscasen forventeligt ultimo 2016.

· Projektgruppen udarbejder samlet tidsplan for projektet til Sundhedskoordinationsudvalget.

· Projektgruppen forelægger endeligt budget og businesscase til godkendelse i Styregruppen for sundhedssamarbejdet.

· Det er væsentligt med en sundhedsfaglig vinkel på projektet.

· Samspil til Epic skal afklares

Der var endvidere spørgsmål til, hvem der monitorerer borgerens data. Endnu ikke afklaret, men et bud kunne være at indtænke KOL-kompetencecentret i denne rolle.

Endelig ønskes en afklaring af patientgrundlaget.

Bilag til punkt nr. 3:

- Rapport Telemedicinsk hjemmemonitorering for KOL

Psykiatridirektør Michael Werchmeister, Vicedirektør Aase Bjerring, Sundhedschef Dorte Berg Rasmussen,

Velfærdsdirektør Yvonne Barnholdt, Direktør for velfærd Gitte Løvgren og Chef i koncernledelsen, Holbæk Kommune -

Karen Schur deltog ikke i Styregruppe for sundhedssamarbejdes behandling af sagen.

[1] [Lægemiddelstyrelsen/ Jakobsen M, Anker N, Dollerup J, Poulsen PB, Lange P. study on drug costs associated with COPD prescription medicine in Denmark, Clin. Reespr. J. 2013;7:328-37](#)

[2] [Lange P, Marott JL, Dahl M, Ingelbrigtsen TS, Vestbo J, Nordestgaard BG, substantial need for early diagnosis, rehabilitation and treatment of chronic obstructive pulmonary disease. Dan Med J 2012;59:A4396.](#)

³ [Indikatoren benyttet I Sundhedsprofil 2013 er: Andel, der har kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger \(emfysem og KOL\)](#)

Bilag

Rapport Telemedicinsk hjemmemonitorering for KOL

Punkt 4: Anvendelse af midler i Den tværsektorielle pulje 2017

15-000237

sagsfremstilling

4. Anvendelse af midler i Den tværsektorielle pulje 2017

Styregruppe for sundhedssamarbejde Brevid: 2531623

Resume

På grundlag af sagen skal det besluttes, hvordan frie midler i Den tværsektorielle pulje foreslås anvendt i 2017.

Sagsfremstilling

På mødet den 17. marts 2015 godkendte Styregruppen for sundhedssamarbejde den fremadrettede beslutningsproces for, hvordan anvendelsen af midler i Den tværsektorielle pulje skal være.

Det betyder, at styregruppen på maj-mødet skal pege på indsatser og emner til det kommende års anvendelse af frie midler i puljen, så Sundhedskoordinationsudvalget på juni-mødet kan foretage en indstilling til Regionsrådet. Regionsrådet træffer herefter beslutning om anvendelsen i forbindelse med budgetvedtagelsen ultimo september.

Styregruppen for sundhedssamarbejde kan således umiddelbart efter vedtagelsen af budgettet indkalde til nye projekter for det kommende år og i december godkende projekterne for det kommende år.

Overordnet om sagen

Sagen omhandler alene forslag til nye indsatser og emner for anvendelsen af frie midler i puljen. Der er ikke til denne sag fremlagt et bud på den økonomiske ramme i 2017, da den endnu ikke er kendt. Puljens størrelse kendes, når økonomiforhandlingerne med Finansministeriet er afsluttet. Puljens størrelse fratrukket summen til længerevarende initiativer og videreførte projekter (ca. 5.4 mio. kr.) giver størrelsen på de frie midler, der kan anvendes til nye initiativer i 2017. Aktivitetsniveauet for nye initiativer i 2017 fastlægges ud fra størrelsen af frie midler.

Forslag til indsatser og emner

Den tværsektorielle pulje er afsat til indsatser og projekter, der understøtter det tværsektorielle samarbejde mellem kommuner, sygehuse og praksissektoren om borgere i kontakt med sundhedsvæsenet. Projekter skal udspringe af visionen, målene og eventuelt af konkrete indsatser i Sundhedsaftalen for 2015-18. På baggrund af sundhedsaftalens implementeringsplan og hidtidige indsatser og projekter foreslås følgende emner og indsatser, som på mødet skal prioriteres og anbefales samt eventuelt suppleres.

Emner og indsatser er delt op i a) en del, hvortil der efterlyses projektforslag og b) en del, der ikke efterlyses projektforslag til, da det enkelte spor vedrører en helt konkret indsats i relation til sundhedsaftalen, typisk på fælles/tværgående niveau og med en på forhånd fastlagt aktør som tovholder på indsatsen. Det foreslås, at der i fordelingen af midler i budgettet afsættes flest midler til de emner og indsatser, der ikke søges projektforslag til.

Indsatser og emner, hvortil der efterlyses projektforslag:

· Tværsektoriel kompetenceudvikling, særligt med fokus på praktisk anvendelse af FMK, tværsektorielle kommunikationstandarder eller andre helt konkrete implementeringsindsatser i sundhedsaftalen.

Indsatser og emner, hvortil der ikke efterlyses projektforslag:

- Udvikling og afprøvning af værktøjerne under temaet Forebyggelse
- Udvikle og afprøve modeller for systematiske, samtidige udredningsforløb
- Udvikle og anvende fælles værktøj til identifikations af behov for vurdering af behov af borgerens funktionsniveau med udgangspunkt i nødvendighed
- Udvikling af en model der med et samlet økonomisk og kvalitetsmæssigt perspektiv understøtter beslutninger om opgaveplacering på tværs af sektorer
- Regionens rådgivningsforpligtelse, herunder udvikling af hygiejneområdet med udgangspunkt i MRSA-enheden

Det blev i 2015 besluttet, at der fremover er en mindre buffer i puljen, således at der også er disponeret midler til uforudsete udgifter, der ellers vil true gennemførelsen af igangværende indsatser og projekter.

En oversigt over videreførte og længerevarende indsatser er *vedlagt* sagen.

Økonomi

Sagen er ikke forbundet med udgifter, der kræver særskilt stillingtagen.

Indstilling

Administrationen indstiller, at Sundhedskoordinationsudvalget anbefaler,

1. at de foreslåede indsatser og emner for anvendelsen af midler i Den tværsektorielle pulje i 2017 godkendes
2. at der prioriteres flest midler til indsatser og emner, hvortil der ikke efterlyses projektforslag.

Sagen afgøres af Regionsrådet.

Behandling i Styregruppe for sundhedssamarbejde mandag den 9. maj 2016, pkt. 4

Indstillingerne tiltrådt med følgende bemærkninger:

Der er ønske om, at nye projekter bygger oven på indsatser, vi allerede har.

Ønsker til projekter præciseres yderligere. Sygehusene bidrager til præcision af temaer på baggrund af kendte udfordringer. Input til sekretariatet senest 1. juni.

Psykiatridirektør Michael Werchmeister, Vicedirektør Aase Bjerring, Sundhedschef Dorte Berg Rasmussen, Velfærdsdirektør Yvonne Barnholdt, Direktør for velfærd Gitte Løvgren og Chef i koncernledelsen, Holbæk Kommune - Karen Schur deltog ikke i Styregruppe for sundhedssamarbejdes behandling af sagen.

Bilag

Oversigt over videreførte og længerevarende tværsektorielle indsatser

Punkt 5: Reviderede forløbsprogrammer

15-000234

sagsfremstilling

5. Reviderede forløbsprogrammer

Styregruppe for sundhedssamarbejde Brevid: 2949601

Resume

De reviderede forløbsprogrammer for KOL, Type 2 Diabetes, Kroniske hjertesygdomme, Patienter med rygproblemer samt Demens fremlægges til godkendelse. Godkendelsen vedrører udelukkende indholdet – ikke formen, da der først arbejdes videre med digitalisering, opsætning, forenkling mv. efter en godkendelse af indholdet.

Sagsfremstilling

Forløbsprogrammerne i Region Sjælland er udarbejdet i perioden 2009 -13. Det er i Sundhedsaftalen for 2015-18 aftalt at revidere programmerne. Revisionsprocessen for programmerne for KOL, Type 2 Diabetes, Kroniske hjertesygdomme, Patienter med rygproblemer samt Demens blev igangsat i januar 2015. Forløbsprogrammet for demens skulle danne pilot for de øvrige programmer, da arbejdet med programmet allerede var forankret i en fast styregruppe og med en koordinator for området.

De somatiske programmer blev efterfølgende forankret under Det tværgående samarbejdsforum for somatik (TSS). Udpegningerne af faglige repræsentanter på tværs af sektorerne til arbejdsgrupperne tog længere tid end forventet, hvorfor arbejdet først reelt kom i gang i september 2015.

Da demensprogrammet blev forelagt Sundhedskoordinationsudvalget i december 2015 opstod der tvivl om, hvor forpligtende et forløbsprogram skal være. Revisionsarbejdet vedrørende de øvrige programmer blev sat i stå, og det blev samtidig besluttet at fremlægge alle fem programmer til godkendelse på én gang, når tvivlen var ryddet af vejen. Forløbsprogrammerne er et delelement af Sundhedsaftalen og er på linje med øvrige værktøjer i værktøjskassen. Forløbsprogrammet for demens blev i januar 2016 godkendt administrativt af parterne, og programmet fremlægges derfor til formel godkendelse sammen med de øvrige programmer.

De fire somatiske programmer har været i høring i perioden primo marts til primo april 2016. Arbejdsgrupperne har som følge af høringen justeret dem. De fremlægges hermed til godkendelse. I det følgende gennemgås en række større nedslagspunkter fra høringssvarene.

Ensartet layout og opbygning

Flere parter har efterlyst ensartethed i layout, opsætning mv. på tværs af programmerne. Dette har ikke været muligt på grund af den korte tidsramme, arbejdsgrupperne har haft til arbejdet. Grupperne har revideret programmerne ud fra:

- Sundhedsaftalen for 2015-18 (bl.a. yderligere fokus på sammenhængende forløb for borgerne, den aftalte arbejdsdeling omkring patientuddannelse, fokus på rehabilitering)
- Den (nye) generiske model for forløbsprogrammer fra 2012 (bl.a. ny model for stratificering, håndtering af multisyge borgere)
- De nyeste kliniske retningslinjer

Arbejdsgrupperne har haft fokus på det faglige indhold med det for øje, at programmerne skulle ende i en anvendelsesorienteret, elektronisk udgave og gerne være kortet sprogligt ned. De medsendte udgaver af programmerne afspejler således arbejdsgruppernes vurdering af et program, som kan anvendes.

Når indholdet af programmerne er godkendt, vil der starte et arbejde med at ensarte programmerne ud fra Sundhedsaftalens grafiske udtryk. Programmerne vil blive sat op i en digital udgave med et interaktivt flowchart, som skal fungere som en anden indgang til indholdet på linje med en klassisk indholdsfortegnelse. Det faglige indhold kan så blive foldet ud den vej. Det har aldrig været meningen, at programmerne skulle læses fra ende til anden.

Opbygningen i det enkelte program er arbejdsgruppens bud på forløbstækning (frem for stafet). Formen for de kommende digitale udgaver vil blive Forløbsprogrammet for patienter med rygproblemer. Her valgte arbejdsgruppen at prioritere grafisk assistance undervejs for at komme med et bud på, hvordan et digitalt forløbsprogram kunne se ud. Programmerne vil blive lagt på Region Sjællands hjemmeside. Desuden skal det som en del af implementeringsplanerne for programmerne vurderes, om der skal laves særlige kommunikationsprodukter, fx i forhold til den enkelte sektor.

Ensartet model for stratificering og monitorering

Der er i flere høringssvar peget på forskelle i stratificeringsafsnittene i programmerne. Stratificering anvendes til overordnet at vurdere, hvilket samarbejde der bør være om borgerforløb i programmet. Forskellene skyldes, at arbejdsgrupperne blev bedt om forholde sig til den generiske model med henblik på at udarbejde en model, som i arbejdsgruppens optik ville være praktisk anvendelig i forhold til det konkrete program og de(n) borgergruppe(r), som programmet omhandler. Det har ganske enkelt ikke været muligt at udarbejde en ensartet praktisk anvendelig model på tværs af programmerne med den tid, der har været til rådighed.

Arbejdsgrupperne er endvidere kommet med bud på indikatorer, der kan være interessante at følge i en monitorering af det enkelte program efter revisionen. Det har ikke ligget i opdraget, at indikatorerne skulle være helt ensartede på tværs af programmerne. Indikatorerne er formuleret som et oplæg og med den anbefaling, at der efterfølgende vil blive nedsat

faglige følgegrupper. Dette har hidtil været savnet i relation til forløbsprogrammerne. Buddene på indikatorer er blevet opdateret som følge af høringen.

Fælles ledelsesmæssig forankring og faglige følgegrupper

TSS har i marts 2016 besluttet, at der skal nedsættes faglige følgegrupper til hvert program. Der bliver udarbejdet et kommissorium for følgegrupperne, som overordnet skal have opgaver i relation til det enkelte programs livscyklus; implementering, monitorering, opdatering og forberedelse til næste revision samt hovedrevision som følge af en ny sundhedsaftale. Den enkelte gruppe skal endvidere understøtte det samarbejdsforum, der har det fælles ledelsesmæssige ansvar for programmet. Det er forventningen, at den næste revision vil forløbe mere smidigt, når det enkelte program løbende følges fagligt.

Implementeringsplanerne er efter høringen blevet koordineret og samordnet på tværs af de fire somatiske programmer. Der er disponeret midler i Den tværsektorielle pulje til implementeringsaktiviteter i relation til alle fem reviderede programmer.

Implementering, monitorering og revision har fået et selvstændigt kapitel i alle programmerne, så roller og rammer er fastlagt.

Andre konkrete punkter på tværs af flere af programmerne

Det blev i flere høringssvar til flere af programmerne nævnt, at tovholderrollen for multisyggeborgere var uklar. Dette er der nu rettet op på, således at det er fastlagt, at tovholderrollen som udgangspunkt ligger på sygehuset, såfremt borgeren har flere samtidige behandlinger/ambulatorieforløb på sygehuset.

Det blev også påpeget, at der var forskellig brug af begreber i relation til kost og ernæring. Disse er nu konsekvensrettet, så brugen af fx "klinisk diætist" afspejler tilbuddene på sygehusene, mens brugen af "kostvejleder" i udgangspunktet afspejler tilbuddene i kommunerne. En række andre begreber som fx "patientuddannelse" og relaterede tilbud er ligeledes blevet konsekvensrettet, ligesom henvisningsvejene mellem sektorerne er blevet det.

Der er i flere høringssvar også efterlyst klarere definitioner på målgrupper for indsatsen i nogle af programmerne. Dette er også imødekommet, men målgrupperne er ikke blevet udvidet, trods enkelte ønsker herom. Spørgsmålet om en eventuel udvidelse af målgrupper anbefales at indgå i næste revision, så emnet kan behandles på et mere oplyst grundlag.

Særligt i forhold til forløbsprogrammet for patienter med rygproblemer

Det er bemærket, at programmet kan tolkes således, at det afviger fra de nationale retningslinjer. Her frarådes brug af MR-skanning som pædagogisk/beroligende tiltag. Intensionen med MR-skanning i forløbsprogrammet er dog en helt anden. Det er vurderet nødvendigt, at der allerede i primærsektor tages stilling til, om operation kunne komme på tale, således at MR-skanning kan bestilles og foreligge ved henvisningen til Rygheden. Målgruppen, som tilbydes skanning, er i øvrigt klart defineret og afgrænset. Det er således *ikke* et tiltag i forhold til alle borgere.

Henvisningsmuligheden gives for at sidestille almen praksis med kiropraktorerne, der allerede i dag kan henvise, og ikke mindst for at komme den til enhver tid værende ventetid i møde. Den samlede transittid kan i dag være tæt på ½ år og kan betyde, at en del patienter mister tilknytning til arbejdsmarkedet undervejs. Kun ved at give henvisningsmuligheden til skanning bliver det muligt at afkorte forløbet til de 2-4 måneder, som Sundhedsstyrelsen anbefaler.

Særligt i forhold til forløbsprogrammet for kroniske hjertesygdomme

Forløbsprogrammet lægger op til en ændret arbejdsdeling i forhold til fase 2, så patienter, som ikke kan eller ønsker forløb i sygehusregi, kan få forløb i kommunalt regi, såfremt dette skønnes fagligt forsvarligt.

Erfaringen viser, at patienter fravælger rehabilitering på sygehusene pga. fx geografi og transport. Derfor kan der være behov for at indgå et kompromis med de gældende guidelines.

Der er i programmet sat en række forudsætninger for den ændrede arbejdsdeling op. Arbejdet med den ændrede arbejdsdeling er fremhævet som et særligt punkt i implementeringsplanen for programmet, så det er muligt at trække på erfaringer fra allerede igangværende projekter i regionen og andre steder i landet, og så forudsætningerne kan være tilstede, før arbejdsdelingen effektueres konkret.

Derudover er der ikke lagt op til ændringer i arbejdsdeling mellem sektorerne som følge af de reviderede forløbsprogrammer.

Generelt om synligheden af ændringer som følge af høringen

Det har ikke været muligt at runde alle hjørner af høringssvarene her. Konkret er det i forløbsprogrammerne for KOL, Type 2 Diabetes, Kroniske hjertesygdomme og Patienter med rygproblemer muligt at se ændringerne som følge af høringen, da ændringer og tilføjelser i teksten er markeret med gul overstregning. Gennemstreget rød tekst viser, hvilke tekstafsnit der er slettet. På denne måde kan den enkelte høringsspart se, hvilke ændringer der er foretaget i forhold egne konkrete kommentarer.

Liste over indkomne høringssvar til programmerne for KOL, Type 2 Diabetes, Kroniske hjertesygdomme og Patienter med rygproblemer er vedlagt sagsfremstillingen sammen med de reviderede forløbsprogrammer. I alt 141 parter blev direkte adspurgt om høringssvar. Svarprocenten blev ca. 60 %. Selve høringssvarene er ikke vedlagt, da det vil medføre en meget omfattende bilagssamling.

Økonomi

Sagen er ikke forbundet med udgifter, der kræver særskilt stillingtagen.

Indstilling

Administrationen indstiller, at de reviderede forløbsprogrammer for KOL, Type 2 Diabetes, Kroniske hjertesygdomme, Patienter med rygproblemer samt Demens godkendes.

Sagen afgøres af Sundhedskoordinationsudvalget.

Behandling i Styregruppe for sundhedssamarbejde mandag den 9. maj 2016, pkt. 5

Programmerne godkendes med det forbehold, at PLO's kommentarer kan indarbejdes i programmerne.

Fælles for programmerne ønskes præcision af stratificeringens formål.

Demensprogrammet godkendes uden yderligere bemærkninger.

Der afholdes møde mellem PLO og sekretariatet, hvor PLO' skriftlige kommentarer gennemgås. Der forventes ikke at være ændringer, der vil kræve forhandling.

Sekretariatet vurderer, om de ønskede ændringer giver anledning til fornyet behandling i Styregruppen for sundhedssamarbejdet og dermed udsættelse af godkendelse i Sundhedskoordinationsudvalget.

På næste møde i Styregruppen for sundhedssamarbejdet forelægges samlet implementerings- og kommunikationsplan.

Psykiatridirektør Michael Werchmeister, Vicedirektør Aase Bjerring, Sundhedschef Dorte Berg Rasmussen, Velfærdsdirektør Yvonne Barnholdt, Direktør for velfærd Gitte Løvgren og Chef i koncernledelsen, Holbæk Kommune - Karen Schur deltog ikke i Styregruppe for sundhedssamarbejdes behandling af sagen.

Bilag

Oversigt over indkomne høringssvar (KOL, T2DM, kroniske hjertesygdomme og Patienter med rygproblemer)

Forløbsprogram for Demens (FINAL)

Forløbsprogram for KOL (EFTER HØRING)

Forløbsprogram for kroniske hjertesygdomme (EFTER HØRING)

Forløbsprogram rygproblemer (EFTER HØRING)

Forløbsprogram T2DM (EFTER HØRING)

Punkt 6: Videreførelse af følge-op ordningen

16-000042

sagsfremstilling

6. Videreførelse af følge-op ordningen

Styregruppe for sundhedssamarbejde Brevid: 2952267

Resume

Nedenfor præsenteres et forslag til en videreførelse af følge-op ordningen (opfølgende hjemmebesøg).

Sagsfremstilling

I aftale om satspuljen på sundheds- og ældreområdet for 2016-2019 er der nationalt afsat 29 mio. kr. i perioden 2016-2019 til at videreføre og udvikle opfølgende hjemmebesøg for sårbare ældre patienter efter udskrivelse fra sygehus.

Følge-op ordningen har eksisteret i Region Sjælland siden 2012. Der har været tilfredshed med følge-op ordningen blandt patienter og sundhedsprofessionelle og det vurderes, at ordningen har medvirket til at sikre ansvarsoverdragelse, skabe bedre overblik over pleje og behandling, sikre medinddragelse og øget tryghed hos patienter og pårørende.

Det foreslås, at følge-op ordningen fortsætter, men med følgende ændringer:

- Både sygehus, kommune og praktiserende læge kan henvise til følge-op ordningen.
- Behovet for følge-op vurderes ud fra en faglig vurdering og ikke det screeningsskema, der har været anvendt ind til nu. Screeningsskemaet kan dog fungere som hjælpemiddel/vejledning og til brug for nyansatte.
- Tidligere har plejehjemsbeboere ikke kunne modtage et opfølgende hjemmebesøg. Dette foreslås afskaffet.

Målgruppe:

Sårbare, somatiske patienter. Fra sygehuset vil det fortsat primært være geriatriske og medicinske afdelinger, der henviser til opfølgende hjemmebesøg. Almen praksis og kommunerne kan henvise alle nyudskrevne, skrøbelige patienter, der vurderes at have et behov, til opfølgende hjemmebesøg.

Den part, der henviser til opfølgende hjemmebesøg registrerer henvisningen mhp. monitorering af brug af ordningen.

Erfaringerne fra følge-ordningerne viser, at antallet af patienter, der henvises til ordningen, er begrænset og det forventes derfor ikke at antallet af opfølgende hjemmebesøg vil stige markant. Antallet af gennemførte besøg vil blive fulgt via den lægelige afregning.

Økonomi

Der er i satspuljeaftalen 2016-2019 afsat midler til at videreføre og udvikle opfølgende hjemmebesøg. Det forventes, at disse midler dækker honoreringen af almen praksis. Derudover finansierer parterne hver især selv de ressourcer, de tilfører ordningen.

Indstilling

Det indstilles, at Styregruppen for sundhedssamarbejde godkender forslaget om videreførelse af følge-op ordningen.

Sagen afgøres af Sundhedskoordinationsudvalget.

Behandling i Styregruppe for sundhedssamarbejde mandag den 9. maj 2016, pkt. 6

Indstillingen anbefales med bemærkning om, at videreførelsen skal ske inden for den økonomiske ramme, der afsat til praktiserende lægers deltagelse i ordningen. Aftalen på dette område er forlænget et halvt år, hvorefter PLO ønsker ny forhandling.

Der ønskes fælles monitorering af ordningen i den kommende periode med henblik på at vurdere effekt af ordningen. Det vurderes, at genindlæggelse ikke er den rette indikator at monitorere ordningen på, men at der i stedet skal fokuseres på for eksempel patientoplevelt kvalitet. Monitoreringen indtænkes som led i det fælles kvalitetsarbejde.

En overvejelse kunne være om også Akutafdelingerne skulle kunne initiere besøg, da de ser mange genindlæggelser.

Psykiatridirektør Michael Werchmeister, Vicedirektør Aase Bjerring, Sundhedschef Dorte Berg Rasmussen, Velfærdsdirektør Yvonne Barnholdt, Direktør for velfærd Gitte Løvgren og Chef i koncernledelsen, Holbæk Kommune - Karen Schur deltog ikke i Styregruppe for sundhedssamarbejdes behandling af sagen.

Bilag

FolgeOpOrdning2013-2015_evaluering_DONE

Punkt 7: Nyt nationalt kvalitetsprogram - udmøntning

16-000471

sagsfremstilling

7. Nyt nationaltkvalitetsprogram - udmøntning

Styregruppe for sundhedssamarbejde Brevid: 2956915

Resume

Regeringen, Danske Regioner og KL har indgået en politisk aftale om 8 nationale mål for sundhedsvæsenet og en række indikatorer, som skal følges med henblik på at vise udviklingen for de aftalte mål. Mål og indikatorer skal udmøntes lokalt. Plan for, hvordan dette arbejde skal gribes an drøftes.

Sagsfremstilling

8 overordnede nationale mål skal være med til at holde fokus på det, som gør en positiv forskel for patienterne i det danske sundhedsvæsen.

De nationale mål skal sikre, at alle sundhedsvæsenets aktører – sygehusene, kommunerne og almen praksis – arbejder i en tydelig og fælles retning mod højere kvalitet og samtidig gøre det lettere at overskue, hvor der er behov for forbedringer.

De otte nationale mål er:

- Bedre sammenhængende patientforløb
- Styrket indsats for kronikere og ældre patienter
- Forbedret overlevelse og patientsikkerhed
- Behandling af høj kvalitet
- Hurtig udredning og behandling
- Øget patientinddragelse
- Flere sunde leveår
- Mere effektivt sundhedsvæsen

For hver af de 8 nationale mål er der udvalgt en række indikatorer, f.eks. hjertedødelighed, forebyggelige indlæggelser for ældre og kræftoverlevelse, som konkretiserer de overordnede mål.

En årlig statusrapport skal vurdere, om indikatorerne – og dermed målene – har udviklet sig i den ønskede retning.

Et "trafiklys" med farverne rød, gul eller grøn viser, hvorvidt der på overordnet plan er tale om en positiv eller negativ udvikling, og om niveauet ligger over eller under landsgennemsnittet.

Præsentation af mål, indikatorer og udgangspunkt for monitorering er præsenteret i Sundheds- og ældreministeriets udgivelse "[Nationale mål for sundhedsvæsenet](#)".

Højere målopfyldelse er for flere af målene og indikatorerne afhængigt af et velfungerende og koordineret samarbejde mellem parterne i sundhedsvæsenet. Med henblik på at sikre ejerskab til det fælles arbejde foreslås, at der nedsættes en mindre arbejdsgruppe, der hen over sommeren kan udarbejde et oplæg til det fælles kvalitetsarbejde. Oplægget forventes behandlet på SAM den 14. september og i Sundhedskoordinationsudvalget den 3. oktober 2016. Som led i arbejdet at forholde sig til i hvilket omfang de nye mål forudsætter ændringer i Sundhedsaftalens monitorering alternativt et skærpet fokus med konkret handleplan.

Økonomi

Sagen er ikke forbundet med udgifter, der kræver særskilt stillingtagen.

Indstilling

Administrationen indstiller, at der nedsættes en mindre arbejdsgruppe, hvis opgave det er at udarbejde oplæg om det fælles kvalitetsarbejde til videre behandling på mødet i Styregruppen for sundhedssamarbejdet den 14. september. Som led i arbejdet skal gruppen forholde sig til i hvilket omfang de nye kvalitetsmål forudsætter ændringer i Sundhedsaftalens monitorering alternativt om der er behov for et skærpet fokus på en eller flere indikatorer udmøntet i konkret handleplan Sagen afgøres af Styregruppen for Sundhedssamarbejdet.

Behandling i Styregruppe for sundhedssamarbejde mandag den 9. maj 2016, pkt. 7

Indstillingen tiltrådt med bemærkning om, at monitoreringen, der foregår i DÆMP-regi samt monitorering af opfølgende hjemmebesøg indgår i kvalitetsarbejdet.

Psykiatridirektør Michael Werchmeister, Vicedirektør Aase Bjerring, Sundhedschef Dorte Berg Rasmussen, Velfærdsdirektør Yvonne Barnholdt, Direktør for velfærd Gitte Løvgren og Chef i koncernledelsen, Holbæk Kommune - Karen Schur deltog ikke i Styregruppe for sundhedssamarbejdes behandling af sagen.

Punkt 8: Orientering om det tværsektorielle samarbejde på palliationsområdet

15-000289

sagsfremstilling

8. Orientering om det tværsektorielle samarbejde på palliationsområdet

Styregruppe for sundhedssamarbejde Brevid: 2949814

Resume

Den tværsektorielle palliationsgruppe har været i gang i godt et år. Status på gruppens arbejde på palliationsområdet forlægges styregruppen til orientering.

Sagsfremstilling

Baggrund

Den tværsektorielle palliationsgruppe under sundhedsaftalen er en udviklingsgruppe, der har fokus på palliation i et bredere og mere helhedsorienteret perspektiv, hvorfor gruppen består af repræsentanter fra region, kommuner, almen praksis og hospice på det basale og specialiseret område. Formålet med Den tværsektorielle palliationsgruppe i Region Sjælland er, at rådgive og vejlede i forhold til en stærk faglig palliativ indsats i Region Sjælland på basal- og specialiseret niveau – på tværs af sektorer.

Gruppen refererer til Styregruppen for sundhedssamarbejde og fremlægger årligt status.

Status

Gruppens hovedfokus er harmonisering af palliative tilbud i Region Sjælland. Gruppen har gennemført en tværsektoriel spørgeskemaundersøgelse i efteråret 2015 til afdækning af de palliative tilbud i regionen, se *vedlagt* bilag. I undersøgelsen deltog en bred repræsentation fra alle sektorer og relevante faggrupper fra både medarbejder- og ledelsesniveau.

Kortlægningen viste, at der er begrænset med viden om tilbud internt og eksternt i egen organisation, der mangler et fælles sprog omkring palliation og der er uens tilbud på tværs af kommuner og sygehuse på det basale og specialiserede område.

Som en del af det videre arbejde på baggrund af undersøgelsens resultater, pågår der et arbejde der munder ud i en aftale for den palliative indsats for det basale og specialiserede niveau i forlængelse af sundhedsaftalens indhold på det palliative område. Aftalen er udarbejdet af en nedsat arbejdsgruppe under Den tværsektorielle palliationsgruppe bestående af repræsentanter fra både kommune, sygehus og almen praksis samt hospice fra både det specialiserede og basale niveau. Aftalen henvender sig til både medarbejder- og ledelsesniveau. Formålet med aftalen er, at fremme fælles indsats på området via organisering af den palliative indsats, hen imod en harmonisering af de palliative tilbud i Region Sjælland. Aftalen forventes færdig i primo maj med henblik på at sende i høring inden sommerferien. Aftalen lægges op til behandling i SAM på næstkommende møde.

Gruppen ønsker endvidere at styrke kompetenceopbygning hos og støtte til ressourcepersoner i kommunerne og sygehus, der har med palliationsområdet at gøre, og dermed imødekomme de nationale krav samt sundhedsaftalens målsætning på området. Der er søgt midler i Den tværsektorielle pulje til tværsektoriel kompetenceudvikling af personale på sygehusene og i kommunerne på basisniveau inden for palliation for 2016. Dette udmøntes i 5 lokale temadage i efteråret fordelt på hvert netværk. Igangværende indsatser og værktøjer såsom nyt e-læringsmateriale og nyt materiale på Helbredsprofilen tænkes ind i temadagene.

Desuden vil gruppen understøtte den fortsatte implementering af forløbsprogrammet for palliation i forbindelse med kræft.

Økonomi

Sagen er ikke forbundet med udgifter, der kræver særskilt stillingtagen.

Indstilling

Administrationen indstiller, at status tages til efterretning.

Sagen afgøres af Styregruppen for sundhedssamarbejde.

Behandling i Styregruppe for sundhedssamarbejde mandag den 9. maj 2016, pkt. 8

Ingen bemærkninger.

Psykiatridirektør Michael Werchmeister, Vicedirektør Aase Bjerring, Sundhedschef Dorte Berg Rasmussen, Velfærdsdirektør Yvonne Barnholdt, Direktør for velfærd Gitte Løvgrøn og Chef i koncernledelsen, Holbæk Kommune - Karen Schur deltog ikke i Styregruppe for sundhedssamarbejdes behandling af sagen.

Bilag

Kortlægning af palliative tilbud på specialiseret og basal niveau i Region Sjælland_notat 2015

Punkt 9: Orientering om genoptræningsplaner for rehabilitering på specialiseret niveau

12-000756

sagsfremstilling

9. Orientering om genoptræningsplaner for rehabilitering på specialiseret niveau

Styregruppe for sundhedssamarbejde Brevid: 2952555

Resume

Som opfølgning på mødet i Styregruppen for sundhedssamarbejde den 31.3.2016, hvor der blevet rejst spørgsmål til antallet af genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau, forelægges orientering. I 2015 blev udarbejdet 25 genoptræningsplaner for rehabilitering på specialiseret niveau til borgere i Region Sjælland. Udviklingen på området følges.

Sagsfremstilling

Myndighedsansvar

Forløbsprogram for rehabilitering af voksne/børn med erhvervet hjerneskade inddeler det samlede patientforløb i 4 faser:

- Fase 1: Akut behandling
- Fase 2: Rehabilitering under indlæggelse
- Fase 3: Rehabilitering efter udskrivelse
- Fase 4: Vedligeholdende fase (voksne) eller fortsat udviklende fase (børn)

Regionen har det fulde myndighedsansvar, så længe personen er indlagt, dvs fase 1 og 2. Sygehuset har ansvar for genoptræning og rehabilitering under indlæggelse samt for specialiseret ambulans genoptræning efter udskrivning fra sygehus. Neurorehabilitering på sygehus varetages i henhold til Sundhedsstyrelsens specialevejledning for neurologi. Der er tale om fortsat indlæggelse, når patienten overflyttes til genoptræning og rehabilitering fra fx en akutafdeling til en anden afdeling i sygehusvæsenet, herunder til et privat sygehus som har aftale med regionen[1].

Rehabilitering på specialiseret niveau under indlæggelse

Region Sjælland har én specialafdeling på regionsfunktionsniveau (Slagelse Sygehus, Center for Neurorehabilitering, Næstved) hvor patienter modtager rehabilitering på specialiseret niveau under indlæggelse.

Genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau

I ”Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus”

og ”Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner” fra 2014 er beskrevet en ny type genoptræningsplaner for patienter med behov for ”rehabilitering på specialiseret niveau”, hvor målgruppen er:

”Patienter, ..., [som] typisk har komplicerede, omfattende, sjældne og/eller alvorlige funktionsevne-nedsættelser af væsentlig betydning for flere livsområder, herunder oftest omfattende mentale funktionsnedsættelser”.

Ifølge Vejledningen skal ”genoptræningsplaner til patienter med behov for rehabilitering på specialiseret niveau udarbejdes på en relevant specialafdeling, minimum på regionsfunktionsniveau jf. Sundhedsstyrelsens specialevejledninger”.

I Region Sjælland er det Center for Neurorehabilitering på Næstved Sygehus (CNN), og Center for Neurorehabilitering for Unge (CNU) på Slagelse Sygehus, som har kompetence til udarbejdelse af genoptræningsplaner om rehabilitering på specialiseret niveau. I 2015 er optalt 25 genoptræningsplaner om rehabilitering på specialiseret niveau for borgere i Region Sjælland, se Bilag.

Redegørelse fra Jeanette Liljegren, Chef.neuropsykolog ved Center for Neurorehabilitering om centres praksis er endvidere vedlagt.

Højtspecialiserede tilbud efter udskrivelse fra sygehus

Efter udskrivelsen fra sygehus har kommunen det fulde myndighedsansvar - frasat på sundhedsområdet, hvor myndighedsansvaret er delt mellem region og kommune. Det lægelige behandlingsansvar er delt mellem sygehus og almen praksis. Efter udskrivelse fra sygehus foregår rehabiliteringen på højtspecialiserede tilbud - private, kommunale, regionale eller nationale tilbud.

Kommunerne i region Sjælland har ca. 100 borgere med kompleks erhvervet hjerneskade[2]. Disse behandles primært inden for regionens egne højt specialiserede tilbud, både kommunale og private tilbud og kun i mindre grad på andre tilbud uden for regionen.

Det er primært tre højt specialiserede tilbud – BOMI, Kurhus og Kildebo, der anvendes af kommunerne i regionen. Der er hjerneskadekoordinatorer i 15 ud af 17 kommuner. Tilbudsviften inden for dette specialiserede område i region Sjælland vurderes at have en god dækningsgrad i forhold til målgruppens behov for højt specialiserede tilbud[3].

Økonomi

Ingen økonomiske konsekvenser.

Indstilling

Administrationen indstiller, at

1. Orienteringen tages til efterretning

Sagen afgøres af Styregruppen for sundhedssamarbejde.

Behandling i Styregruppe for sundhedssamarbejde mandag den 9. maj 2016, pkt. 9

Indstillingen tiltrådt.

Kommunerne orienterede om, at oplevede uhensigtsmæssigheder i opgave og ansvarsfordeling mellem kommuner og sygehuse i forhold til rehabilitering på specialiseret niveau bringes op til debat i Sundhedsstrategisk Forum i KL.

Psykiatridirektør Michael Werchmeister, Vicedirektør Aase Bjerring, Sundhedschef Dorte Berg Rasmussen,

Velfærdsdirektør Yvonne Barnholdt, Direktør for velfærd Gitte Løvgren og Chef i koncernledelsen, Holbæk Kommune -

Karen Schur deltog ikke i Styregruppe for sundhedssamarbejdes behandling af sagen.

[1] Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade - En faglig visitationsretningslinje. Sundhedsstyrelsen, 2014. <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sygdom-og-behandling/genoptraening-og-rehabilitering/~media/23B4A64E97C7478383827909E44D417C.ashx>

[2]<http://www.regionsjaelland.dk/dagsordener/Dagsordener2014/Documents/1905/2488104.PDF>

[3] http://www.rs17.dk/media/10611/socialstyrelsens_centrale_udmeldinger.pdf

Bilag

Bilag 1 Antal genoptræningsplaner rehabilitering specialiseret niveau, Reg Sj, 2015

Redegørelse CNN vedr. genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau

BILAG rehab på spec. niveau.

Punkt 10: Årsrapport vedr. tværsektoriel patientsikkerhed 2015

15-000639

sagsfremstilling

10. Årsrapport vedr. tværsektoriel patientsikkerhed 2015

##

Styregruppe for sundhedssamarbejde Brevid: 2952686

Resume

I Sundhedsaftalen 2015-2018 er det aftalt, at Den Tværsektorielle Patientsikkerhedsgruppe årligt orienterer Styregruppen for Sundheds-samarbejde om Region Sjællands tværsektorielle patientsikkerhedsarbejde. Det er femte gang, der udarbejdes en årsrapport for det tværsektorielle patientsikkerhedsarbejde. Rapporten er udarbejdet i samarbejde med Patientsikkerhedsenheden i Region Sjælland og de øvrige samarbejdsparter i Den Tværsektorielle Patientsikkerhedsgruppe.

Sagsfremstilling

Årsrapporten for 2015 afdækker det tværsektorielle patientsikkerhedsarbejde i det forgangne år. Rapporten beskriver antal rapporterede utilsigtede hændelser fordelt på sektorer og sammenligner med tendensen i 2013 og 2014. Endvidere beskrives udviklingen i arbejdet med de tværsektorielle utilsigtede hændelser, bl.a. gennem beskrivelser af tiltag foretaget på baggrund af det tværsektorielle patientsikkerhedsarbejde. Afslutningsvis præsenteres fremadrettede indsatsområder.

Økonomi

Sagen er ikke forbundet med udgifter, der kræver særskilt stillingtagen.

Indstilling

Administrationen indstiller, at Styregruppen for Sundhedssamarbejde tager årsrapporten til efterretning

Behandling i Styregruppe for sundhedssamarbejde mandag den 9. maj 2016, pkt. 10

Rapporten tages til efterretning. Rapporten sendes til KSS'erne, der melder tilbage til SAM, hvordan der er arbejdet med rapportens anbefalinger.

Psykiatridirektør Michael Werchmeister, Vicedirektør Aase Bjerring, Sundhedschef Dorte Berg Rasmussen, Velfærdsdirektør Yvonne Barnholdt, Direktør for velfærd Gitte Løvgren og Chef i koncernledelsen, Holbæk Kommune - Karen Schur deltog ikke i Styregruppe for sundhedssamarbejdes behandling af sagen.

Bilag

Tværsektoriel årsrapport 2015

Punkt 11: Økonomi

14-001379

sagsfremstilling

Møde i Styregruppe for sundhedssamarbejde i Region Sjælland

Mandag den 9. maj 2016 kl. 14:00

Regionshuset, Mødelkale 10

Journalnummer: 14-001379

11. Økonomi

Behandling i Styregruppe for sundhedssamarbejde mandag den 9. maj 2016, pkt. 11

Ingen bemærkninger.

Psykiatridirektør Michael Werchmeister, Vicedirektør Aase Bjerring, Sundhedschef Dorte Berg Rasmussen, Velfærdsdirektør Yvonne Barnholdt, Direktør for velfærd Gitte Løvgren og Chef i koncernledelsen, Holbæk Kommune - Karen Schur deltog ikke i Styregruppe for sundhedssamarbejdes behandling af sagen.

Punkt 12: Gensidig orientering

14-001379

sagsfremstilling

Møde i Styregruppe for sundhedssamarbejde i Region Sjælland

Mandag den 9. maj 2016 kl. 14:00

Regionshuset, Mødelkale 10

Journalnummer: 14-001379

12. Gensidig orientering

Behandling i Styregruppe for sundhedssamarbejde mandag den 9. maj 2016, pkt. 12

Sygebesøg over 15 km.

Der arbejdes på indgåelse af en aftale. Indtil da betaler regionen regningen for disse sygebesøg.

PLO - konsulenttakst

Kommunerne efterspørger fælles aftale om honorering af praktiserende læger, der fungerer som konsulenter i samarbejdet.

Regionsaftale, der kan fungere som grundlag for fælles aftale, eftersendes.

Psykiatrien i samarbejdet

Oplevelsen er, at den psykiatriske patient fylder meget lidt i samarbejdet. Der er behov for mere fokus, når ambitionen om at ligestille borgere med henholdsvis somatisk og psykiatrisk lidelse skal opfyldes. Herunder, hvordan vi sikrer somatisk behandling på lige vilkår til borgere med psykiatrisk sygdom.

Det fælles kvalitetsarbejde

Kommunerne orienterede fra Kommunalt Sundhedsforum, om at der er enighed om at støtte op om opfølgninger på DÆMP medicin og kirurgi som aftalt som led i monitoreringen af sundhedsaftalen, men at undersøgelserne ikke ønskes udvidet til at omfatte akutområdet.

Psykiatridirektør Michael Werchmeister, Vicedirektør Aase Bjerring, Sundhedschef Dorte Berg Rasmussen, Velfærdsdirektør Yvonne Barnholdt, Direktør for velfærd Gitte Løvgren og Chef i koncernledelsen, Holbæk Kommune - Karen Schur deltog ikke i Styregruppe for sundhedssamarbejdes behandling af sagen.

Punkt 13: Dagsorden til Sundhedskoordinationsudvalget

14-001379

sagsfremstilling

Møde i Styregruppe for sundhedssamarbejde i Region Sjælland

Mandag den 9. maj 2016 kl. 14:00

Regionshuset, Mødelkale 10

Journalnummer: 14-001379

13. Dagsorden til Sundhedskoordinationsudvalget

- Godkendelse af forløbsprogrammer
- Indstilling til tværsektoriel pulje
- Videreførelse af følge-op-ordning
- DÆMP kirurgi

Behandling i Styregruppe for sundhedssamarbejde mandag den 9. maj 2016, pkt. 13

Udover nævnte punkter lægges op til en drøftelse af Sundhedskoordinationsudvalgets arbejde de sidste 1½ år med udgangspunkt i følgende overskrifter:

- Områder i Sundhedsaftalen, som ikke er håndteret
- Kvalitetssamarbejdet
- Den ældre medicinske patient – herunder fælles kompetenceudvikling
- Forberedelse af ny sundhedsaftale

Psykiatridirektør Michael Werchmeister, Vicedirektør Aase Bjerring, Sundhedschef Dorte Berg Rasmussen, Velfærdsdirektør Yvonne Barnholdt, Direktør for velfærd Gitte Løvgren og Chef i koncernledelsen, Holbæk Kommune - Karen Schur deltog ikke i Styregruppe for sundhedssamarbejdes behandling af sagen.

Punkt 14: Eventuelt

14-001379

sagsfremstilling

Møde i Styregruppe for sundhedssamarbejde i Region Sjælland

Mandag den 9. maj 2016 kl. 14:00

Regionshuset, Mødelkale 10

Journalnummer: 14-001379

14. Eventuelt

Behandling i Styregruppe for sundhedssamarbejde mandag den 9. maj 2016, pkt. 14

Ingen bemærkninger.

Psykiatridirektør Michael Werchmeister, Vicedirektør Aase Bjerring, Sundhedschef Dorte Berg Rasmussen, Velfærdsdirektør Yvonne Barnholdt, Direktør for velfærd Gitte Løvgren og Chef i koncernledelsen, Holbæk Kommune - Karen Schur deltog ikke i Styregruppe for sundhedssamarbejdes behandling af sagen.