



Medlemmerne af  
Danske Regioners bestyrelse  
m.fl.

17-11-2011

Sagsnr. 11/1977

Annette Budtz-

Jørgensen

Tel.: 3529 8263

E-mail: abj@regioner.dk

**Åben dagsorden for møde i Danske Regioners bestyrelse torsdag den 24-11-2011 kl. 11:00**

**Deltagere:** Bent Hansen, Carl Holst, Ulla Astman, Steen Bach Nielsen, Vibeke Storm Rasmussen, Poul Erik Svendsen, Henrik Thorup, Per Tærsebøl, Thor Buch Grønlykke, Poul Müller, Anne V. Kristensen, Birgitte Josefsen, Bente Lauridsen, Knud Andersen, Jens Stenbæk, Flemming Stenild,

**Afbud:** Birgitte Kjøller Pedersen

**Mødested:** Danske Regioner  
Dampfærgevej 22  
2100 København Ø





## Indholdsfortegnelse

<b>1. Formandens meddelelser, sagsnr. 11/1977</b>	<b>1</b>
<b>2. Godkendelse af åbent referat af møde 10-11-2011 i Danske Regioners bestyrelse, sagsnr. 11/1977</b>	<b>3</b>
Bilag: 1. Åbent referat af møde 10-11-2011 i Danske Regioners bestyrelse	
<b>3. 1. behandling af Danske Regioners Budget 2012, sagsnr. 11/1910</b>	<b>5</b>
Bilag: 1. Bilagstabel 1 Danske Regioner budget 2012	
Bilag: 2. Bilagstabel 2 Danske Regioner Budget 2012	
Bilag: 3. Bilagstabel 3 Danske Regioner Budget 2012	
<b>4. Delaftale om sundhed til Finanslov 2012 og satspuljeforlig 2012-2015, sagsnr. 11/1434</b>	<b>9</b>
bilag: 1. Delaftale om finansloven (sundhed) og satspuljeaftalen 2012-2015 på sundhedsområdet	
<b>5. Satspuljeaftale for 2012, sagsnr. 11/2026</b>	<b>11</b>
Bilag: 1. Aftaletekst satspulje for 2012	
Bilag: 2. Foreløbig aftale om satspuljen for 2012 på det sociale område	
Bilag: 3. Aftale tabel for satspuljen 2012	
<b>6. Ændringer i medlemskaber i Danske Regioners Sundhedsudvalg og ad hoc Udvalget for Sundhedsinnovation, sagsnr. 09/2213</b>	<b>13</b>
<b>7. Åbne og lukkede punkter på bestyrelsens dagsorden, sagsnr. 09/1757</b>	<b>15</b>

<b>8.</b>	<b>Status på serviceeftersyn anbefalet af Lønkommissionen, sagsnr. 08/2238</b>	<b>17</b>
	Bilag: 1. Regionale initiativer, som understøtter det af Lønkommissionen anbefalede serviceeftersyn	
	Bilag: 2. Lønkommissionens anbefaling til serviceeftersynet	
<b>9.</b>	<b>Orientering om projekt vedr. ændret honorering af praktiserende læger, sagsnr. 11/290, j.nr. RLTN5510</b>	<b>19</b>
<b>10.</b>	<b>Kvalitet i psykiatrien, sagsnr. 11/526</b>	<b>23</b>
	Bilag: 1. Rapport Kvalitet i Psykiatrien	
<b>11.</b>	<b>RADS og godkendelse af lægemidler, sagsnr. 09/1736</b>	<b>27</b>
	Bilag: 1. Pressemeddelelse Anne V. Kristensen	
<b>12.</b>	<b>Kortlægning af initiativer vedrørende ældre medicinske patienter, sagsnr. 09/3068</b>	<b>29</b>
	Bilag: 1. Generel status over de 22 punkter, alle regioner	
	Bilag: 2. Kortlægning af initiativer vedr. ældre medicinske patienter	
<b>13.</b>	<b>Høringer vedrørende ungdomskriminalitet, sagsnr. 11/1974</b>	<b>31</b>
<b>14.</b>	<b>Konference om klinisk etiske komiteer, sagsnr. 11/1799</b>	<b>33</b>
<b>15.</b>	<b>Offensiv strategi vedrørende klima og energi i forbindelse med dansk EU-formandskab, sagsnr. 10/2502</b>	<b>37</b>
<b>16.</b>	<b>Orienteringspunkter, sagsnr. 11/1977</b>	<b>41</b>
<b>17.</b>	<b>Næste møde, sagsnr. 11/1977</b>	<b>47</b>
<b>18.</b>	<b>Eventuelt, sagsnr. 11/1977</b>	<b>49</b>



---

**1. Formandens meddelelser, sagsnr. 11/1977**

---

Annette Budtz-  
Jørgensen

*Resumé*

-

---

*Indstilling*

-

---

*Sagsfremstilling*

-

---

*Bilag*  
Ingen.





---

**2. Godkendelse af åbent referat af møde 10-11-2011 i Danske Regioners bestyrelse, sagsnr. 11/1977**

---

Annette Budtz-  
Jørgensen

*Resumé*

-

---

*Indstilling*

*Det indstilles,  
at referatet godkendes.*

---

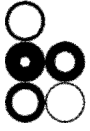
*Sagsfremstilling*

-

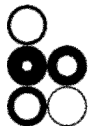
---

*Bilag*

Åbent referat af møde 10-11-2011 i Danske Regioners bestyrelse.pdf (987248).







---

### 3. 1. behandling af Danske Regioners Budget 2012, sagsnr. 11/1910

---

Kristian Terp

#### *Resumé*

Budget 2012 er udarbejdet som et rammebudget med et fast prisniveau svarende til 2010 P/L. Budgetrammen medfører i lighed med de foregående år et træk på foreningens formue.

Der blev i 2010 budgetteret med et driftsresultat (underskud) på 39,9 millioner kroner ekskl. finansielle poster. Dette niveau foreslås fastholdt i årene fremover.

Budget 2011 indeholdt en række tilpasninger på driftssiden (specielt personaleomkostninger) for at tage højde for faldet i indtægter fra Momsfondet. I 2013 sker der et yderligere fald i de budgetterede indtægter fra Momsfondet på 2,5 millioner kroner. Det er forudsat, at finansieringen af RLTN indgår i budgettet som hidtil.

Sekretariatet foreslår, at driftsunderskuddet i perioden frem til og med 2014 fastholdes på 39,9 millioner kroner i løbende priser, hvilket forudsætter at både indtægter og udgifter PL-reguleres.

---

#### *Indstilling*

*Det indstilles,*

*at budgettet for 2012 fastsættes med et driftsunderskud på 39,9 millioner kroner,*

*at sparekravet på 4,9 millioner kroner fastholdes i 2012,*

*at kontingentet foreslås P/L-reguleret med 2 procent og fastsættes på generalforsamlingen til 21,4 kroner pr. indbygger for 2012,*

*at kontingentet for Videncenter for Jordforurening fastholdes i faste priser, og*

*at budgetforslaget oversendes til 2. behandling i bestyrelsen.*

---

#### *Sagsfremstilling*

Budget 2012 indeholder i lighed med de foregående år en række indtægtskilder udover kontingentet. De væsentligste er sekretariatsbidrag fra tilknyttede enheder, samt indtægter fra Amgros fra salg af blodplasma.

På udgiftssiden fastholdes besparelser fra 2011 og yderligere besparelser iværksættes frem mod 2013 for at kompensere for bortfaldet af tilskud til EU-sekretariatet fra Momsfondet i 2013. RLTN forudsættes finansieret via overførsel af midler fra reservationsbevillingen på finansloven.



Tabel 1 indeholder en oversigt over de foreslåede budgetbesparelser i forhold til Budget 2010.

Tabel 1: Budgetbesparelser i forhold til Budget 2010 i 2010 P/L i millioner kroner.

Besparelser i fht. B10 i 2010 P/L:	B11	B12	Bo13	Bo14
Lønbesparelser	-3,4	-3,3	-3,3	-3,3
Besparelser på driftsudgifter	-1,5	-1,6	-4,1	-4,1
Besparelser i budgetåret i alt:	-4,9	-4,9	-7,4	-7,4

Udgifterne består primært af løn- og øvrige personaleomkostninger, drift af huset, IT og øvrige driftsudgifter, herunder service, kantine mv. Lønbudgettet er reduceret med 3,3 millioner kroner, mens driftsbudgettet er reduceret med 1,6 millioner kroner i forhold til Budget 2010.

Der er i 2011 gennemført besparelser på mødeaktiviteter, aviser og tidsskrifter og øvrige driftsområder i huset, samt rationalisering af driften og maskinparken i trykkeriet.

Bestyrelsespuljen udgør i lighed med de foregående år 5 millioner kroner, hvoraf 0,6 millioner kroner er disponeret til ”Indsats mod stigmatisering af psykisk sygdom”, 0,25 millioner kroner disponeret til deltagelse i ”Markedsføringskonsortium – sundhed og velfærd” og 0,3 millioner kroner til ekstraordinært præsidiumøde i forbindelse med EU formandskab. Puljen giver bestyrelsen mulighed for at støtte tværgående projekter på regionalt niveau, uden at dette indebærer opkrævning i de enkelte regioner i løbet af budgetåret. Herudover er der afsat en beredskabspulje på 3,0 mio. kr. til imødegåelse af uforudsete udgifter og hurtig understøttelse af tværgående initiativer.

Regionernes hus har med sine 15 år nået en alder, hvor der ud over det løbende vedligehold indeholdt i driftsbudgettet opstår behov for større istandsættelser.

Det foreslås, at der i 2012 iværksættes følgende tiltag:

- En istandsættelse af gulvet i køkkenet ud fra et sikkerhedshensyn.
- En udskiftning af skydevæggene og lydanlægget i mødelokalerne på første sal i kajbygningen.

Den samlede investeringsramme udgør 3,7 millioner kroner, og de resulterende afskrivninger kan indeholdes i driftsbudgettet fremadrettet.



---

Budgetforslaget for 2012 (i 2010 P/L) er vedlagt som bilagstabel 1 og viser endvidere konsekvenser af de foreslåede besparelser i budgetoverslagsårene 2013 og 2014.

Bilagstabel 2 viser udviklingen i den budgetterede normering i 2010-2012.

Bilagstabel 3 giver en uddybende fremstilling af budget 2012 sammenholdt med budget 2010, regnskab 2010, budget 2011 og forventet regnskab 2011 – alt i løbende priser.

### **Kontingent**

Kontingentet fastsættes på generalforsamlingen i april 2012. Kontingentet foreslås P/L-reguleret med 2 procent i forhold til 2011 og fastsat til 21,40 kroner.

Kontingentet for Videntcenter for Jordforurening fastholdes i faste priser, hvilket indebærer en P/L-regulering på 2,0 procent fra 2011 til 2012.

Kontingentet blev i 2011 fastholdt uændret i forhold til 2010. Dette medførte en reduktion i indtægterne i 2011 og frem på godt 800 tusinde kroner i forhold til en situation med en fremskrivning af kontingentet. En fastholdelse af den nominelle kontingentsats i 2012 vil medføre en reduktion i 2012 og frem på yderligere 2,25 millioner kroner.

---

### ***Bilag***

Bilagstabel 1 Danske Regioner Budget 2012 (984744).

Bilagstabel 2 Danske Regioner Budget 2012 (984746).

Bilagstabel 3 Danske Regioner Budget 2012 (984752).





---

#### **4. Delaftale om sundhed til Finanslov 2012 og satspuljeforlig 2012-2015, sagsnr. 11/1434**

Anders Andersen

---

##### ***Resumé***

Regeringen har sammen med Enhedslisten den 16. november indgået en delaftale til Finansloven for 2012 vedr. sundhed.

Ligeledes har Regeringen indgået satspuljeforlig med Venstre, Konservative, Dansk Folkeparti og Liberal Alliance for perioden 2012-2015.

Der er vedlagt et sammendrag af punkter fra de to aftaler med regional relevans.

---

##### ***Indstilling***

*Det indstilles,*

at bestyrelsen drøfter indholdet af delaftalen til Finanslov 2012 samt satspuljeforliget 2012-2015

---

##### ***Sagsfremstilling***

Delaftalen til Finansloven på sundhedsområdet har fokus på tilbagerulning af nylig indført brugerbetaling, øget kvalitet på sygehusene, akuthelikopter, Epilepsihospitalet Filadelfia og styrket forebyggelse.

Satspuljeforliget for perioden 2012-2015 har fokus på opprioritering af psykiatrien og øget forebyggelse.

I vedlagte notat fremhæves de elementer af aftalerne, der har regional relevans. Det forslås, at notatet danner udgangspunkt for bestyrelsens drøftelser af aftalerne.

---

##### ***Bilag***

Bilag 1 Delaftale om finansloven (sundhed) og satspuljeaftalen 2012-2015 på sundhedsområdet (987757).





---

## 5. Satspuljeaftale for 2012, sagsnr. 11/2026

---

Mette Holm Sørensen

### *Resumé*

Den 14. november 2011 indgik partierne omkring satspuljeforliget (V, S, DF, RV, SF, LA og K) en aftale om udmøntning af satspuljen for 2012 på det sociale område. Aftalen rummer en række initiativer med betydning for regionerne. Det drejer sig primært om etablering af børnehuse, landsdækkende behandlings- og rådgivningsindsats til mennesker med senfølger af seksuelle overgreb samt indsats for isolerede sindslidende i egen bolig. Herudover kan en række forslag have indirekte betydning for regionernes arbejde.

---

### *Indstilling*

*Det indstilles,*  
*at bestyrelsen tager orienteringen til efterretning.*

---

### *Sagsfremstilling*

Satspuljeaftalen for 2012 rummer tre initiativer med relevans for regionerne. Det drejer sig om etablering af børnehuse, landsdækkende behandlings- og rådgivningsindsats til mennesker med senfølger af seksuelle overgreb samt indsats for isolerede sindslidende i egen bolig.

### **Børnehuse**

Med satspuljeaftalen er det besluttet at afsætte 35 mio. kr. over fire år til at udvikle børnehuse, så hjælp til børn, der har været udsat for seksuelle overgreb, samles et sted. I dag skal børn, der har været udsat for seksuelle overgreb, ofte rundt flere steder for at få den nødvendige hjælp – f.eks. til læge, hospital eller sygehus, til de sociale myndigheder og til politi og retsvæsen. Det kan være meget belastende for barnet, som ofte er sårbart efter et overgreb.

Som første skridt vil der blive nedsat en hurtigt arbejdende ekspertgruppe med forskere og fagfolk med ekspertviden på området. De skal udvikle anbefalinger til, hvordan man opretter børnehuse i Danmark. Arbejdsgruppen skal blandt andet se på de internationale erfaringer samt den viden og erfaring, der allerede findes i eksisterende tilbud i Danmark. På baggrund af ekspertgruppens arbejde, vil der blive oprettet børnehuse i Danmark som en landsdækkende ordning. Projektet skal ledes af Sundhedsstyrelsen.



---

**Landsdækkende behandlings- og rådgivningsindsats til mennesker med senfølger af seksuelle overgreb**

Som følge af aftalen vil der blive afsat 67 mio. kroner over fire år til tre regionale centre, som skal koordinere indsatsen og den landsdækkende hjælp til mennesker med senfølger af seksuelle overgreb. Satspuljepartierne er desuden enige om at fortsætte det eksisterende tilbud om psykologbehandling til mennesker med senfølger af seksuelle overgreb.

**Isolerede sindslidende i egen bolig**

Der vil i 2012 og 2014 blive afsat 4 mio. kr. hvert af årene, dvs. i alt 8 mio. kr., til en indsats for isolerede sindslidende i egen bolig.

**Forslag med indirekte betydning for regionernes arbejde**

Ud over de nævnte initiativer vil en række tiltag i mere eller mindre grad kunne påvirke regionernes arbejde eller arbejdsfelt. Det drejer sig bl.a. om 20 mio. kr. over fire år til fremme af sociale teknologier til mennesker med funktionsnedsættelse. Der er endvidere afsat 19,5 mio. kr. over tre år til en styrket indsats for viden om mennesker med handicap, herunder handicappede med anden etnisk baggrund. Endelig er der afsat 16 mio. kr. over to år til forsøg med psykologsamtaler til kvinder, mens de opholder sig på kvindekrisecentre.

---

***Sekretariatets bemærkninger***

Sekretariatet udarbejder et notat om fakta og erfaringer med børnehusholdningen. Notatet vil blive omdelt på mødet.

---

***Bilag***

Aftaletekst satspulje for 2012.pdf (987287).

Foreløbig aftale om satspuljen for 2012 på det sociale område.docx (987286).

Aftaletabel for satspuljen 2012.pdf (987285).





---

## 6. Ændringer i medlemskaber i Danske Regioners Sundhedsudvalg og ad hoc Udvalget for Sundhedsinnovation, sagsnr. 09/2213

---

Bente Kragelund Jønsson

### *Resumé*

Michael Lange, (V), Region Hovedstaden ønsker på grund af ændrede forpligtelser i Region Hovedstaden at udtræde af Danske Regioners Sundhedsudvalg. Der skal derfor foretages nyvalg. Som nyt medlem foreslås regionsrådsmedlem Birgit Tystrup, (V), Region Hovedstaden.

Michael Karlborg, (V), Region Nordjylland er langtidssygemeldt. Der skal foretages nyudpegning af et medlem til ad hoc udvalget for sundhedsinnovation. Som nyt medlem foreslås regionsrådsmedlem Birgitte Josefsen, (V), Region Nordjylland.

---

### *Indstilling*

*Det indstilles,*

at der foretages valg af medlem til Danske Regioners Sundhedsudvalg og Ad hoc Udvalget for Sundhedsinnovation.

---

### *Sagsfremstilling*

Michael Lange, (V), Region Hovedstaden ønsker på grund af ændrede forpligtelser i Region Hovedstaden at udtræde af Danske Regioners Sundhedsudvalg. Der skal derfor foretages nyvalg. Som nyt medlem foreslås regionsrådsmedlem Birgit Tystrup, (V), Region Hovedstaden.

Michael Karlborg, (V), Region Nordjylland er langtidssygemeldt. Der skal foretages nyudpegning af et medlem til Ad Hoc Udvalget for sundhedsinnovation. Som nyt medlem foreslås regionsrådsmedlem Birgitte Josefsen, (V), Region Nordjylland.

---

### *Bilag*

Ingen.





---

## 7. Åbne og lukkede punkter på bestyrelsens dagsorden, sagsnr. 09/1757

---

Inge Hyldebrandt

### *Resumé*

Poul Müller (C) har ønsket, at bestyrelsen drøfter principperne for åbne og lukkede punkter på bestyrelsens dagsorden.

Bestyrelsen fastlagde den 26. august 2010 definitionen af åbne og lukkede punkter på bestyrelsens dagsordener, hvor lukkede punkter ud over personale-sager og oplæg til forhandlinger defineres som sager, der befinder sig i spændingsfeltet mellem Danske Regioner som interessevaretager og som en åben organisation, og hvor sagerne er lukkede af hensyn til timing og strategi.

---

### *Indstilling*

*Det indstilles,*

*at bestyrelsen fastholder definitionen af åbne og lukkede punkter på bestyrelsens dagsordener.*

---

### *Sagsfremstilling*

Bestyrelsen drøftede og fastlagde på sit møde den 26. august 2010 procedurerne for åbne og lukkede dagsordener efter følgende beslutningsgrundlag:

”

#### **1. Åbne dagsordenspunkter**

I denne kategori vil langt de fleste dagsordenspunkter være at finde. Dagsordenspunkterne kan blandt andet omhandle forslag til fælles regionale tiltag, status for foreningens projekter, bevillingssager, udkast til høringssvar samt oplæg til pjecer og andre publikationer.

For dagsordenspunkterne i kategori 1 gælder det, at

- De frit kan drøftes med andre både før og efter bestyrelsesmøderne.
- De frit kan udleveres.

#### **2. Lukkede dagsordenspunkter (traditionelle)**

I denne kategori findes personalesager, oplæg til overenskomstforhandlinger og økonomiforhandlinger, kontraktforhandlinger o.l., udbudssager samt sager, der omhandler foreningens deltagelse i lukkede udvalg og kommissioner.

#### **3. Lukkede dagsordenspunkter (med en strategisk/taktisk dimension)**



---

I denne kategori findes sager, der ligger i spændingsfeltet imellem Danske Regioner som interessevaretagere og Danske Regioner som en åben organisation. Sagerne er ikke lukkede af hensyn til deres indhold, men af hensyn til timing og strategi. I denne kategori findes sager om politikformulerende oplæg, forslag til nye fælles initiativer o.l. Det vil være oplæg, som før eller siden vil blive offentliggjort, men som på tidspunktet for forelæggelsen vil have fortrolig karakter af hensyn til muligheden for, at Danske Regioner selv kan bestemme tidspunktet for lanceringen - nogle gange for at komme andre interessevaretagere eller myndigheder i forkøbet.

For både kategori 2 og 3 af lukkede dagsordenspunkter gælder det - med mindre bestyrelsen beslutter andet - at

- De hverken før eller efter bestyrelsesmøderne bør drøftes med personer, der ikke er medlem af Danske Regioners bestyrelse.
- De hverken før eller efter møderne må udleveres, ligesom der ikke bør videregives oplysninger om indholdet af den konkrete sagsfremstilling.

”

---

**Bilag**  
Ingen.



---

## 8. Status på serviceeftersyn anbefalet af Lønkommissionen, sagsnr. 08/2238

Rikke Rønne

---

### *Resumé*

Lønkommissionen anbefalede i sin redegørelse et serviceeftersyn i den offentlige sektor, som blandt andet skulle gennemføres af arbejdsgivere og lønmodtagere i staten, kommuner og regioner.

Danske Regioner har igangsat en række initiativer, der bidrager til gennemførelsen af serviceeftersynet på det regionale område, og som tilsammen udtrykker Danske Regioners måde at gennemføre eftersynet på.

---

### *Indstilling*

*Det indstilles,*

at bestyrelsen tager orienteringen, som har været drøftet i Løn- og Personalepolitisk Udvalg, til efterretning.

---

### *Sagsfremstilling*

Lønkommissionens opfordring til at gennemføre et serviceeftersyn i den offentlige sektor er henvendt til arbejdsmarkedets parter, herunder arbejdsgivere og lønmodtagerorganisationer i staten, kommuner og regioner og dermed også til Danske Regioner. Lidt over et år efter at Lønkommissionens redegørelse blev offentliggjort, er det derfor naturligt at samle op på hvilke initiativer, som bidrager til at understøtte serviceeftersynet på det regionale område.

De beskrevne initiativer og projekter er ikke igangsat isoleret som en konsekvens af Lønkommissionens anbefaling om et serviceeftersyn. Motivationen for de beskrevne aktiviteter har været, at de hver især giver god mening i forhold til at forbedre den regionale sektor og sikre kvalitet i sundhedsvæsenet samtidig med, at de understøtter serviceeftersynet.

Lønkommissionens anbefaling til serviceeftersynet vedlagt.

---

### *Bilag*

Regionale initiativer, som understøtter det af Lønkommissionen anbefalede serviceeftersyn (957155).

Lønkommissionens anbefaling til serviceeftersynet (974608).





---

## 9. Orientering om projekt vedr. ændret honorering af praktiserende læger, sagsnr. 11/290, j.nr. RLTN5510

---

Rikke Friis

### *Resumé*

Dagsordenspunktet giver en kort status for arbejdet med et nyt system for honorering af praktiserende læger. Herunder er der en orientering om et projekt med at afprøve et eksempel på en ny model på Bornholm.

---

### *Indstilling*

*Det indstilles,*  
*at orienteringen tages til efterretning*

---

### *Sagsfremstilling*

I overenskomsten med Praktiserende Lægers Organisation (PLO) indgår det, at honorarsystemet for almen praksis skal ændres. Derfor foregår der nu et forberedende arbejde mellem PLO og Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN), hvor man beskriver modeller for ændret honorering. Den endelige model skal aftales i forbindelse med de kommende forhandlinger om ny overenskomst.

Forberedelsesarbejdet er igangsat primo 2011, og det færdiggøres primo 2012.

Det er aftalt i overenskomsten, at der fremover skal være væsentlig færre ydelser, og at den faste honorering pr. patient (basishonoraret) skal være væsentlig større end i dag, hvor det udgør ca. 25 pct. af lægernes omsætning. På nuværende tidspunkt er den største del af udgifterne til almen praksis baseret på honorering for en lang række af ydelser. Der er ca. 360 forskellige ydelser i dag.

Udviklingen har vist, at man med sådan et system risikerer høje udgiftsstigninger. Men det har også vanskeligt ved at understøtte en række overordnede mål inden for almen praksis.

Det fremtidige system for honorering skal bl.a. understøtte følgende:

- *Et integreret sundhedsvæsen* – som det er i dag, kan man sige, at lægen selv vælger hvilke opgaver, vedkommende ønsker at lave. Det sker ud fra den lange liste af ydelser, lægen kan tage et honorar for. Det er vigtigt, at systemet for honorering understøtter, at de praktiserende læger bindes tættere sammen med resten af sundhedsvæsenet.



- 
- *Skabe rammerne for mere effektiv praksisdrift* – systemet skal understøtte lægens muligheder for at drive sin praksis effektivt. F.eks. at lægen kan afveje mulighederne for at anvende telefon, e-mail og konsultationer ud fra et hensyn til patienten snarere end hensynet til honoreringen.
  - *Bedre budgetsikkerhed* – med et system, hvor den faste honorering udgør en større del, vil der være større sikkerhed for de budgetter, regionerne lægger.
  - *Mindre bureaukrati* – med de mange ydelser i dag er der utallige fejlmuligheder. Den økonomiske opfølgning i regionerne tager tid, og lægerne bruger også tid på det.
  - *Almen praksis skal bruge tid på opgaver, der ikke er ydelseshonoreret* – i dag er de økonomiske incitamenter sådan, at det bedst kan betale sig at få kørt flest mulige ydelser igennem. Et nyt system skal understøtte incitamenterne til at koordinere, samarbejde og bruge tid på kvalitetssikring, dvs. ydelsesfri tid.
  - *Service og tilgængelighed* – der skal være plads til, at den praktiserende læge varetager sine patienter bedst muligt, herunder også de akutte patienter.
  - *Lægedækning* – i dag kan der være en tilskyndelse til at have relativt få patienter tilknyttet, og så lave flere ydelser pr. patient. Hvis den faste honorering pr. patient øges, vil der være større tilskyndelse til at have flere patienter tilknyttet. Det kan bidrage til at øge lægedækningen.

Der er flere modeller for ændret honorering. Den mest vidtgående model er, at lægerne stort set kun får en fast indtjening. Mindre vidtgående modeller er at bevare nogle af ydelserne, men sanere kraftigt i dem og lægge økonomien over i basishonoraret.

Uanset hvilken model, der aftales, vil der være tale om meget store omvæltninger i en væsentlig del af sundhedsvæsenet. Man kan ikke på forhånd vide, hvilken betydning det vil få for lægernes arbejde, patienterne, samarbejde mv. Det er imidlertid aftalt at afprøve et eksempel på en ny model i et pilotprojekt på Bornholm.

Forsøget løber over et halvt år fra 1. januar til 1. juli 2012. Pilotprojektet styres af Dansk Sundhedsinstitut (DSI), som vil evaluere projektet.

De læger, der tilslutter sig forsøget, får i forsøgsperioden et fast honorar pr. patient. Dertil kommer nogle få ydelser (profylaktiske ydelser, ydelser vedr. turer, ydelser vedr. gruppe 2-sikrede og §2-aftaler). Lægerne skal i forsøgsperi-





---

uden fortsat registrere kontakter med patienterne, så man kan se, hvilken effekt den ændrede honorering vil have. DSI skal i deres evaluering blandt andet se på ændringer i aktivitets-, samarbejds- og henvisningsmønstre. DSI skal også se på, hvordan det daglige arbejde ændres som følge af ny struktur for honorering.

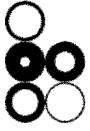
Der er tale om en af de mest vidtgående modeller for ny honorering. Det kan vise sig, at en sådan model ikke nødvendigvis kan indfri alle ønskerne til, hvad det nye system skal understøtte.

### ***Kommunikation***

Jens Stenbæk varetager kommunikationen i forhold til pressen, herunder også vedrørende pilotprojektet på Bornholm.

---

***Bilag***  
Ingen.





---

## 10. Kvalitet i psykiatrien, sagsnr. 11/526

Katrine Tang

---

### *Resumé*

Som en del af regionernes kvalitetsdagsorden forelægges rapporten ”Kvalitet i Psykiatrien – en ny dagsorden for diagnostik og behandling”, der præsenterer 10 konkrete anbefalinger til at forbedre kvaliteten i behandlingspsykiatrien. Formålet er at styrke diagnostikken, at sikre en mere ensartet udredning og behandling gennem indførelse af pakkeforløb og at øge opmærksomheden på somatisk sygdom blandt patienter i psykiatrien.

---

### *Indstilling*

*Det indstilles,*

at bestyrelsen tilslutter sig anbefalingerne i rapporten ”Kvalitet i Psykiatrien – en ny dagsorden for diagnostik og behandling”, og  
at bestyrelsen godkender forslag om afholdelse af et tværregional erfaringsudvekslings møde (TREU) om kvalitet i psykiatrien primo 2012.

---

### *Sagsfremstilling*

Regionerne inviterede i januar 2011 en række centrale aktører til Psykiatriens Topmøde for at sætte fokus på udfordringerne i psykiatrien. Der blev fra topmødet peget på behovet for at løfte kvaliteten og sikre større faglig ensartethed i behandlingen af de store psykiske sygdomme. Dette understøttes af en benchmarking af psykiatrien fra marts 2011, der viste store forskelle i diagnostik og behandling på tværs af regionerne.

Med rapporten ”Kvalitet i Psykiatrien – en ny dagsorden for diagnostik og behandling” præsenteres 10 konkrete anbefalinger til, hvordan regionerne kan forbedre diagnostikken, ensarte udredning og behandling og øge middellevetiden for mennesker med psykisk sygdom. Rapporten er ikke en handleplan for psykiatrien, men et oplæg til konkrete initiativer inden for de tre områder. Der er bevidst anbefalet initiativer, som psykiatrien selv og umiddelbart kan realisere. Der er endvidere lagt op til en monitorering ud fra data, afdelingerne allerede registrerer i dag.

### **Bedre diagnostik**

For at sikre en bedre og mere ensartet diagnostik på tværs af regionerne, skal personalets kompetencer i psykopatologi (læren om psykiske lidelsers årsager og symptomer) og diagnostik skærpes.

Rapportens anbefalinger:



- 
- styrkelse af området i uddannelsen af speciallæger og specialsygeplejersker i psykiatri
  - løbende efteruddannelse
  - IT-understøttelse af den diagnostiske proces

### **Ensartet udredning og behandling**

De store forskelle i diagnostik og behandling på tværs af landet må forventes at resultere i tilsvarende forskelle i kvalitet. Indførelse af pakkeforløb i psykiatrien kan sikre en mere effektiv og ensartet udredning og behandling. Pakkerne vil indeholde fælles standarder for det kliniske indhold, varighed og patientinformation.

Rapportens anbefalinger:

- fælles henvisningskriterier
- fælles udredningspakker
- fælles behandlingspakker

De første pakkeforløb vil være klar til implementering medio 2012.

### **Øget middellevetid**

Psykiatrien skal være bedre til at forebygge, udrede og sikre behandling af somatiske sygdomme hos psykiatriske patienter, hvis middellevetiden for mennesker med psykisk sygdom skal øges. Undersøgelser viser, at middellevetiden for danskere, der lider af psykisk sygdom, er 20 år kortere end for resten af befolkningen. Mens 40 procent af overdødeligheden kan tilskrives eksterne årsager herunder selvmord, skyldes 60 procent af overdødeligheden somatiske sygdomme som f.eks. hjerte-karsygdomme, kræft og diabetes.

Rapportens anbefalinger:

- systematisk screening for bl.a. KRAM-faktorer og hjerte-karsygdomme
- fælles rekommandationslister for antipsykotisk medicin
- styrket samarbejde med somatikken om bl.a. tilsyn
- helbredstjek til patienter der lever med langvarig psykisk sygdom

Sekretariatet foreslår, at implementeringen af de 10 anbefalinger forankres i psykiatridirektørkredsen og det kliniske ledelsesniveau.

Sekretariatet foreslår, at der afholdes TREU møde om kvalitet i psykiatrien i første kvartal af 2012.

---

### ***Sekretariatets bemærkninger***



---

Sagen er forelagt Social- og Psykiatriudvalget 4. november 2011. Udvalget tiltrådte indstillingen om, at tilslutte sig anbefalingerne i rapporten ”Kvalitet i Psykiatrien – ny dagsorden for diagnostik og behandling”, med den bemærkning, at det er hensigtsmæssigt at pårørendefokus og eventuelle inddragelse indgår i arbejdet med pakkeforløbene. Udvalget tiltrådte endvidere indstilling om at godkende forslaget om at afholde et tværregionalt erfaringsudvekslingsmøde (TREU) om kvalitet i psykiatrien primo 2012.

---

### ***Bilag***

Rapport Kvalitet i Psykiatrien.docx.PDF (984592).





---

## 11. RADS og godkendelse af lægemidler, sagsnr. 09/1736

---

Thomas Birk Andersen

### *Resumé*

Anne V. Kristensen (V) har ønsket, at bestyrelsen drøfter mulighederne for, at Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin (RADS) kan hastebehandle sager.

Den konkrete anledning er en sag om sklerosepræparatet Gilenya, der blev godkendt i maj og blev medtaget i behandlingsvejledningen for sklerose, der blev revideret af RADS i november 2011.

---

### *Indstilling*

*Det indstilles,*

at bestyrelsen beder Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin om at følge op på sagen på førstkommende møde i rådet.

---

### *Sagsfremstilling*

Når et lægemiddel godkendes af Lægemiddelstyrelsen eller EU, og dermed opnår markedsføringstilladelse i Danmark, kan lægerne i princippet tage lægemidlet i anvendelse.

Danske Regioners bestyrelse har nedsat RADS, som skal sikre, at patienter uanset bopæl tilbydes lige adgang til behandling med dyr sygehusmedicin. Dette sker gennem udarbejdelse af fælles behandlingsvejledninger. RADS nedsætter fagudvalg på udvalgte områder med nogle af landets førende eksperter, som har til opgave at udarbejde behandlingsvejledningerne. Med det fælles behandlingsgrundlag skabes der samtidig potentiale for at opnå bedre priser gennem Amgros udbud af de omhandlede lægemidler.

RADS skal forholde sig til sygehusmedicin, som udgør 1) en væsentlig udgiftspost for sygehusene, 2) medicin, som er kendetegnet ved en stærk udgiftsvækst og 3) ny medicin med stort udgiftspotentiale.

Regionerne har tidligere tilkendegivet, at man vil efterleve RADS behandlingsvejledninger med tilhørende rekommandationer. Dette skal ses i lyset af, at lægerne skal have en væsentlig faglig begrundelse for at vælge et andet lægemiddel, end det landets førende læger har anbefalet. Regionerne har da også generelt implementeret anbefalingerne.



---

Der udarbejdes kvartalsvis monitoreringsrapporter (på lands, regions og afdelingsniveau), som fremsendes til regionerne med henblik på, at man kan følge op med handling, hvis vejledningerne ikke efterleves.

Der blev den 2. maj i år markedsført et nyt skleroseprodukt Gilenya. RADS besluttede hurtigt efter markedsføringstilladelsen forelå den 12. maj - på baggrund af en udtalelse fra formanden fra RADS fagudvalg vedrørende sklerose - at man ville genindkalde fagudvalget med henblik på at fagudvalget skulle komplettere behandlingsvejledningen, så den afspejlede dagens behandlingsmuligheder.

RADS har på det efterfølgende møde den 9. november godkendt en revideret behandlingsvejledning for sklerose. Revisionen betyder bl.a., at flere patienter skal hurtigere i behandling, og der tages konkret stilling til anvendelse af Gilenya. Den reviderede behandlingsvejledning med indarbejdede rekommandationer er efterfølgende fremsendt til regionerne.

Sklerosevejledningen adskiller sig fra øvrige sager, da det er den hidtil eneste behandlingsvejledning, som er blevet revideret.

RADS har på under to år nedsat 14 fagudvalg, der omfatter 52 procent af omsætningen inden for de 100 mest omsætningstunge lægemidler, som er de lægemidler, RADS-strukturen skal se på. RADS har godkendt behandlingsvejledninger fra 7 af disse fagudvalg, herunder fra fagudvalget vedrørende sklerose. 5 af disse behandlingsvejledninger er foreløbigt blevet suppleret med rekommandationer af konkrete lægemidler efter udbud i Amgros.

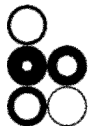
Det er vigtigt at fastholde den kliniske opbakning til behandlingsvejledningerne, og det vil kræve væsentligt flere ressourcer, hvis RADS skal arbejde hurtigere end i dag. Sekretariatet evaluerer løbende på, hvad der kan gøres for at optimere processerne.

---

### ***Bilag***

Pressemeddelelse Anne V. Kristensen (987290).





---

## 12. Kortlægning af initiativer vedrørende ældre medicinske patienter, sagsnr. 09/3068

---

Emilie Engell Winther

### *Resumé*

Danske Regioner har i samarbejde med regionerne gennemført en kortlægning af indsatsen i forhold til de ældre medicinske patienter. Kortlægningen er en gentagelse af en tilsvarende kortlægning for 2010.

---

### *Indstilling*

*Det indstilles,*

*at,* bestyrelsen tilslutter sig Sundhedsudvalgets indstilling om at offentliggøre kortlægningen.

---

### *Sagsfremstilling*

Kortlægningen af initiativer vedrørende ældre medicinske patienter er baseret på de 20 budskaber, som bestyrelsen vedtog i 2010 for en forbedret indsats for medicinske patienter. Endvidere er tilføjet to punkter fra Sundhedsstyrelsens oplæg ”Styrket indsats for den ældre medicinske patient – fagligt oplæg til en national handleplan”. Det drejer sig om budskaberne ”træning under indlæggelse” og ”sammenhæng på og imellem sygehuse”.

Kortlægningen fra 2011 viser, at regionernes indsats på de 22 områder er forbedret fra 2010 til 2011. Der er således flere områder, bl.a. opfølgning efter udskrivelse, medicingennemgang, integration af almen praksis og systematisk udbredelse af god praksis, hvor alle regioner er i gang med implementeringen. Dermed udgør kortlægningen et godt eksempelkatalog over indsatsen der foregår i regionerne.

Sundhedsudvalget indstiller, at kortlægningen offentliggøres og benyttes i det videre arbejde med indsatsen for den ældre medicinske patient, herunder opfølgningen på Sundhedsstyrelsens faglige oplæg til en national handleplan.

---

### *Bilag*

Generel status over de 22 punkter, alle regioner (980253).

Kortlægning af initiativer vedr. ældre medicinske patienter (980634).





---

### 13. Høringer vedrørende ungdomskriminalitet, sagsnr. 11/1974

---

Anne-Dorthe Sørensen

#### *Resumé*

Danske Regioner har modtaget to lovforslag vedrørende ungdomskriminalitet i høring fra hhv. Justitsministeriet og Social- og Integrationsministeriet. Det første lovforslag omhandler den kriminelle lavalder, der med lovforslaget ønskes hævet til 15 år. Det andet lovforslag omhandler skærpelse af kriteriet for anbringelse på sikrede afdelinger i døgninstitutioner. Det indstilles, at Danske Regioner i sit høringssvar tilslutter sig de to lovforslag.

---

#### *Indstilling*

*Det indstilles,*

at Danske Regioner tilslutter sig hævelsen af den kriminelle lavalder til 15 år  
at Danske Regioner tilslutter sig forslaget om at skærpe kriteriet for anbringelse på sikrede afdelinger i døgninstitutioner fra ”påkrævet” til ”absolut påkrævet”

---

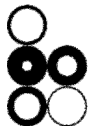
#### *Sagsfremstilling*

Danske Regioner har modtaget to lovforslag vedrørende ungdomskriminalitet i høring fra hhv. Justitsministeriet og Social- og Integrationsministeriet.

#### **Forslag om hævelse af den kriminelle lavalder**

Regeringen ønsker at hæve den kriminelle lavalder fra 14 til 15 år. Den nedsættelse af den kriminelle lavalder fra 15 til 14 år, der blev gennemført medio 2010, skete – ifølge den nuværende regering – uden tilstrækkeligt grundlag for at antage, at kriminalitet blandt de helt unge kan forebygges og bekæmpes effektivt ved at behandle børn som kriminelle voksne, som det fremgår af bemærkningerne til lovforslaget. Derfor forslås det, at den kriminelle lavalder føres tilbage til 15 år. Regeringen vil samtidig forstærke indsatsen mod ungdomskriminalitet gennem tidligere indgriben – denne indsats er dog ikke en del af det foreliggende lovforslag.

Danske Regioner har i flere sammenhænge argumenteret for, at afgørelser overfor børn under 15 år bør ske i det sociale system, hvor man er i stand til at træffe en vurdering baseret på samtlige relevante forhold, og hvor kriminalitet kun indgår som et af flere elementer i den samlede vurdering. Andre relevante elementer kunne f.eks. være misbrug, psykisk sygdom – hos barnet selv eller hos forældrene, udviklingshæmning hos barnet mv. Inddragelsen af en bredere vifte af forhold i relation til barnet vil give bedre forudsætninger for at forebygge yderligere lovovertrædelser.



---

Det indstilles derfor, at Danske Regioner i sit høringssvar bakker op om, at den kriminelle lavalder hæves til 15 år.

### **Forslag om skærpelse af kriterier for anbringelse på sikrede afdelinger i døgninstitutioner**

Regeringen ønsker at skærpe kriteriet for kommunernes mulighed for at anbringe børn og unge på en sikret afdeling af sociale årsager. Kriteriet for anbringelse blev lempet med en lovændring medio 2010. Kommunalbestyrelserne kan således i dag træffe afgørelse om anbringelse på en sikret afdeling, når det er ”påkrævet” – dette ønskes skærpet til ”absolut påkrævet”. Regeringen begrundet sit ønske med, at anbringelser på sikrede afdelinger kun bør ske, når det er strengt nødvendigt, og når målet med indsatsen ikke kan nås med andre, mindre indgribende indsatser, og at den socialpædagogiske indsats er mere effektiv, når den baseres på frivillighed og motivation.

I forbindelse med høringen omkring lempelsen af kriteriet for kommunernes mulighed for at anbringe børn og unge på en sikret afdeling i 2010, tog Danske Regioner afstand fra forslaget. Danske Regioner fandt det retssikkerhedsmæssigt betænkeligt at lempe kriterierne for anbringelse på sikret institution ved at fjerne betingelsen ”absolut” i ”absolut påkrævet”. Danske Regioner henviste her til, at principperne om proportionalitet og mindst mulig indgriben altid bør være opfyldt i forbindelse med en frihedsberøvende anbringelse på en sikret institution, da frihedsberøvelse netop er en meget indgribende foranstaltning.

Det bør også tages i betragtning, at kommunerne med afsæt i serviceloven har mulighed for at træffe afgørelse om anbringelse på en delvist lukket institution, og dermed er der mulighed for at sikre at børn og unge kan fastholdes i en socialpædagogisk behandling – dette ændres ikke med det foreliggende lovforslag. På den baggrund indstilles det, at Danske Regioner tilslutter sig forslaget om skærpelse af kriteriet for anbringelse på sikrede afdelinger.

---

### ***Sekretariatets bemærkninger***

De to lovforslag er sendt til kommentering i regionerne.

---

***Bilag***  
Ingen.



---

## 14. Konference om klinisk etiske komiteer, sagsnr. 11/1799

---

Mette Holm Sørensen

### *Resumé*

Klinikkere oplever en øget kompleksitet i udøvelse af deres rolle med deraf følgende klinisk etiske dilemmaer. På den baggrund er der en stigende interesse og behov for etiske refleksionsrum på landets sygehuse. Der er i dag ti sygehuse, heraf to indenfor psykiatrien, som har eller er ved at oprette klinisk etiske komiteer.

Det foreslås, at Danske Regioner er medarrangør af en konference om klinisk etiske komiteer i juni 2012 med det formål at fremme udbredelsen af klinisk etiske komiteer på sygehusene.

Forud for konferencen vil Dansk Selskab for Klinisk Etik blive stiftet.

---

### *Indstilling*

*Det indstilles,*

*at bestyrelsen godkender konferencen om klinisk etiske komiteer.*

---

### *Sagsfremstilling*

Sundhedspersonalets traditionelle roller er de seneste årtier blevet mere komplekse. Det skyldes flere forskellige forhold. Nogle af disse er avanceret teknologi, som kræver specialviden; nye pleje- og behandlingsmetoder, der kræver øget samarbejde mellem medicinske specialer og tværfagligt samarbejde samt muligheden for at flere tilstande kan behandles på nye måder. Herudover øges kompleksiteten af større diversitet i patienternes ønsker og udgangspunkter samt patienters tillid til, at behandlingsmuligheder kan afværge døden. Omsorg for mennesker og moderne medicinsk behandling er derfor kompliceret og kræver mange beslutninger, som kan være etisk og følelsesmæssigt vanskelige både for sundhedspersonalet, patienter og pårørende.

På den baggrund bliver der udtrykt stigende interesse og behov for såkaldte etiske refleksionsrum på landets sygehuse, dvs. et forum, hvor personalet kan føre grundige nuancerede diskussioner, når vanskelige beslutninger er truffet eller skal træffes.

En konference om kliniske etiske komiteer vil kunne bidrage til at styrke udbredelse af klinisk etiske komiteer på sygehusene i regionerne. Derfor foreslås



---

det, at Danske Regioner er medarrangør af en konference om klinisk etiske komiteer i juni 2012. Konferencen arrangeres i samarbejde med arbejdsgruppen omkring stiftelse af Danske Selskab for Klinisk Etik. Arbejdsgruppen består af repræsentanter fra fem eksisterende klinisk etiske komiteer.

Dagen før konferencen vil der være et arrangement, hvor Dansk Selskab for Klinisk Etik vil blive stiftet. Denne del foregår alene i regi af arbejdsgruppen.

### **Komiteernes udbredelse og rolle**

Der er i dag ti sygehuse, heraf to i psykiatrien, der har eller er ved at oprette klinisk etiske komiteer.

Komiteerne fungerer som et refleksionsrum for ansatte på sygehusene. Her kan personalet henvende sig for at drøfte sager, som indeholder etiske aspekter og dilemmaer. Komiteerne har ikke til formål at angive en rigtig eller ”sand” løsning. Opgaven er i stedet at skabe rum for en nuanceret drøftelse, som personalet kan bruge til at reflektere over tidligere beslutninger eller bruge som grundlag for at træffe en endelig beslutning om forestående pleje og behandling. Komiteerne udsteder ikke retningslinjer, behandler ikke klager og træffer ikke afgørelser.

Klinisk etiske komiteer er i dag udbredt i en række lande f.eks. Norge, England, USA og Canada, hvor erfaringerne er positive.

Udbredelsen af klinisk etiske komiteer kan endvidere ses i relation til Danske Regioner og regionernes kvalitetsdagsordenen, idet komiteerne vil kunne bidrage til at styrke kvalitet i behandlingen i forhold til etiske aspekter og samtidig understøtte værdien patientfokus.

### **Konferencen**

Konferencen er programsat til den 8. juni 2012 og vil blive afholdt i København. Det skønnes, at der vil deltage mellem 150 – 250 personer.

---

### ***Økonomi***

Planlægning af konferencen tager afsæt i, at den skal være økonomisk selv bærende.

---

### ***Sekretariatets bemærkninger***



---

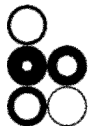
Social- og Psykiatriudvalget besluttede den 4. november 2011 at indstille til bestyrelsen at godkende konferencen om kliniske etiske komiteer med den bemærkning til arbejdsgruppen, at man undrer sig over benævnelsen ”komiteer”, og at der i komiteernes udbredelse skal være rum for lokale prioriteringer. Sundhedsudvalget besluttede den 10. november 2011, at indstille til bestyrelsen at godkende konferencen om klinisk etiske komiteer.

---

***Bilag***  
Ingen.







---

## 15. Offensiv strategi vedrørende klima og energi i forbindelse med dansk EU-formandskab, sagsnr. 10/2502

---

Anne Mette Bæk Jesper-  
sen

### *Resumé*

Europapolitisk Panel har på en række områder af regional betydning udarbejdet en række budskaber til brug for EU-formandskabet. Bestyrelsen har tiltrådt oplægget til budskaberne.

Offentlige myndigheders engagement i klima- og energipolitik er helt centralt i såvel dansk som europæisk politik og Panelet ser gerne, at regionerne forfølger en offensiv dagsorden på klima og energiområdet.

Følgende budskaber foreslås indarbejdet i budskabspapiret:

Regionerne foreslår, at alle offentlige myndigheder i Danmark udarbejder planer for, hvordan udvalgte områder kan være energineutrale i 2020.

Regionerne foreslår, at alle offentlige myndigheder i Danmark i 2020 producerer lige så meget grøn energi, som de selv anvender.

---

### *Indstilling*

*Europapolitisk Panel indstiller,*

*at bestyrelsen godkender de to budskaber om klima og energi.*

---

### *Sagsfremstilling*

Europapolitisk Panel har på en række områder af regional betydning udarbejdet en række budskaber til brug for EU-formandskabet. Bestyrelsen har tiltrådt oplægget til budskaberne.

Budskaberne er først og fremmest rettet mod aktuelle EU-politikker af relevans for regionerne og baseret på mandater allerede vedtaget af bestyrelsen.

Som en konsekvens af det meget store fokus på klimahensyn og energieffektivitet på såvel dansk som EU-niveau (Kommissionen foreslår, at klimahensyn fra 2014 integreres i alle større EU-politikområder og støtteprogrammer, herunder også samhørighed, forskning, landbrug, energi og transport og at mindst 20 procent af det samlede budget på tværs af politikområder skal bruges til klimatiltag) ser Panelet gerne, at Danske Regioner forfølger en offensiv dagsorden på klima og energiområdet og foreslår, at følgende budskaber indarbejdes i budskabspapiret:



- 
- Regionerne foreslår, at alle offentlige myndigheder i Danmark udarbejder planer for, hvordan udvalgte områder kan være energineutrale i 2020
  - Regionerne foreslår, at alle offentlige myndigheder i Danmark i 2020 producerer lige så meget grøn energi, som de selv anvender

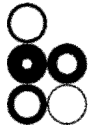
De øvrige budskaber indenfor klima og energi er:

Danske Regioner arbejder for:

- At bidrage til Danmarks energipolitiske målsætninger om fossilfri uafhængighed
- Strategisk satsning på udvikling af grøn energiteknologi
- Udvikling af et ressourceeffektivt transportsystem, der understøtter en effektiv mobilitet på nationalt og EU niveau
- At klima- og miljøhensyn integreres i alle større EU-politikområder og bidrager til at understøtte EU2020-strategiens mål om smart, bæredygtig og inklusiv vækst, som foreslået af Kommissionen.

I forhold til de to nye budskaber har sekretariatet vurderet, at følgende særlige forhold gør sig gældende i forhold til målet om energineutrale bygninger på sundhedsområdet fra 2020:

1. I den eksisterende bygningsmasse vil det kræve betydelige ombygninger, som det vil være meget omkostningstungt at finansiere. Regionerne har ikke finansiering hertil i dag. Det er også et spørgsmål, om det er muligt (og hensigtsmæssigt) at ombygge gamle sygehusbygninger, så de bliver energineutrale. Det vil i givet fald kræve en nærmere undersøgelse af den eksisterende bygningsmasse.
2. Nybygninger kan i princippet opføres som energineutrale. I forhold til det eksisterende Bygningsreglement 2010, hvor der er et krav om energiklasse 2, vil merudgifterne ved at bygge energineutralt (energiklasse 0) formentlig være 10-15 procent. Det vil derfor kræve yderligere finansieringsmuligheder svarende hertil. For så vidt angår kvalitetsfundsbyggerierne vil det i givet fald forudsætte en udvidelse af rammen på 41,6 milliarder kroner med 4-6 milliarder kroner. Under den tidligere regering var det ikke muligt at udvide rammen og det er et spørgsmål, om den nye regering vil gå med til en så markant udgiftsstigning. De af projekterne, som er længst fremme, vil også skulle projekteres på ny, da der ikke er nogle af dem, som er forudsat bygget i energiklasse 0.



- 
3. Et helt særligt problem udgøres af, at det kan være vanskeligt at bygge energineutrale sygehuse, da der er særlige kølekrav, og da den recirkulation af varm luft, som der er behov for, kan give særlige problemer i relation til udvikling af infektioner mv.

---

**Bilag**  
Ingen.





---

## 16. Orienteringspunkter, sagsnr. 11/1977

Annette Budtz-  
Jørgensen

---

### *Resumé*

.

---

### *Indstilling*

*Det indstilles,  
at orienteringen tages til efterretning.*

---

### *Sagsfremstilling*

#### **Direktiv om energieffektivitet – 3 pct. årlig renovering i offentlige bygninger**

##### **(prj)**

Europakommissionen har den 22. juni 2011 fremlagt forslag til et direktiv om energieffektivitet. Direktivforslaget skal ses i lyset af målet om at opnå primærenergibesparelser på 20 procent i 2020, som er et af de overordnede mål for Europa 2020-strategien. Ifølge Kommissionens seneste skøn, som tager hensyn til de nationale mål for energieffektivitet for 2020 i forbindelse med Europa 2020, vil EU kun nå halvdelen af målet på 20 procent i 2020. Energieffektivitet er desuden et af de vigtigste aspekter i Europa 2020-flagskibsinitiativet for et ressourceeffektivt Europa.

Kommissionens forslag indeholder bl.a. krav om, at medlemsstaterne skal sikre, at 3 procent af det samlede etageareal, der ejes af offentlige organer, fra 1. januar 2014 renoveres hvert år, så de som minimum opfylder de mindstekrav til energimæssig ydeevne, som den pågældende medlemsstat har fastsat i medfør af direktiv 2010/31/EU om bygningers energimæssige ydeevne.

Et forslag til Regionsudvalgets (RU) udtalelse om Kommissionens forslag har allerede været til behandling i RU's ENVE-underudvalg den 3. oktober 2011 og forventes vedtaget på Plenarforsamlingen den 14.-15. december 2011.

CEMR (den europæiske regions- og kommuneforening) er desuden i gang med at udfærdige et holdningspapir om direktivet, der skal behandles på CEMR's møde for generalsekretærer og direktører den 27.-28. oktober 2011.

#### **Strukturfondskampagne på DR**

##### **(mkl)**

Erhvervs- og Byggestyrelsen og Danmarks Radio (DR) planlægger sammen med vækstforaene og Danske Regioner en kampagne og seks tv-udsendelser



---

om EU's strukturfonde. "Vækst i Danmark og Europa" hedder kampagnen, som skal brande strukturfondene og fungere som en appetizer forud for det danske EU-formandskab. Strukturfondene støtter udsendelserne, og vækstforaene har bl.a. bidraget med gode eksempler på strukturfondsprojekter.

De seks udsendelser bliver sendt på DR2 med genudsendelse på DR1. Hver udsendelse vil være centreret om en fælleseuropæisk udfordring og en række eksempler på strukturfondsprojekter. Temaerne er planlagt til at blive: Ungdomsarbejdsløshed, energi, skrald, innovation, udkantsdanmark og integration.

I hvert program vil der være 2-3 cases - mindst en hovedcase fra Danmark og en fra udlandet - og derudover vil der blive nævnt flere projekter, som også er med til at tackle de problemstillinger, som er rejst.

DR har en public service-forpligtelse til at fortælle om EU i forbindelse med Danmarks formandskab. Det giver forhåbning om, at serien får en god sendetid.

En kampagnehjemmeside vil blive et supplement til serien og vil blandt andet indeholde: Artikler og fakta, statistik, quiz'er og afstemninger, mulighed for at gense udsendelserne, perspektiverende klip og fakta om EU's Strukturfonde og det regionalpolitiske set-up.

Derudover er der planer om at integrere kampagnen i andre af DR's tv- og radioudsendelser.

Første udsendelse bliver sendt i december – resten i starten af 2012.

### **Europa-Parlamentet efterlyser mere fleksible EU-udbudsregler (prj)**

Europa-Parlamentet (EP) har sendt klare signaler til EU-Kommissionen om, at EU's udbudsregler skal gøres langt mere fleksible og simple at bruge end tilfældet er i dag. De vedtog en betænkning om modernisering af EU's udbudsregler på plenaren den 24. oktober som input til Kommissionen, der arbejder på en revision af lovgivningen. Europaparlamentarikerne opfordrer til større mulighed for at kunne vælge ud fra andet end laveste pris, og introducerer princippet "livscyklus" tilgang. Det skal gøres mere klart, hvordan man kan anvende og fremme innovation gennem offentlige indkøb. Det samme gælder anvendelsen af miljø- og sociale klausuler. Sidst, men ikke mindst opfordrer de EU-Kommissionen til at vurdere, om tærskelværdien for servicekontrakter har det rette niveau. Danske Regioner har i samarbejde med KL haft en god dialog



---

med ordføreren i Parlamentet, og med flere af de danske europaparlamentarikerne om de tiltag, som regionerne ser som nødvendige i en revision af direktiverne. Det nye lovforslag forventes at komme i december 2011, hvorefter lovgivningsprocessen starter med Europa-Parlamentet som medlovgiver.

### **Reform af den fælles landbrugspolitik**

(ssv)

Europa-Kommissionen har 12. oktober 2011 fremsat et forslag til reform af den fælles landbrugspolitik i årene efter 2013. Forslaget tager sigte på at styrke konkurrenceevnen, bæredygtigheden og landbrugets lokale forankring for at garantere de europæiske borgere en sund og kvalitetsrigtig ernæring, bevare miljøet og udvikle landdistrikterne. Det skal ske ved at fremme innovation, styrke såvel den økonomiske som den økologiske konkurrenceevne i landbrugssektoren, bekæmpe klimaforandringer og støtte vækst og beskæftigelse. Reformen vil således yde et afgørende bidrag til Europa 2020-strategien.

For at fremme beskæftigelse og iværksætterkultur foreslår Kommissionen bl.a. en række foranstaltninger, der tager sigte på at stimulere den økonomiske aktivitet i landdistrikterne og tilskynde til lokale udviklingsinitiativer. Der vil f.eks. blive indført et "startersæt" til støtte for mikrovirksomhedsprojekter. De lokale LEADER-grupper vil også blive styrket.

Et arbejdsrapport om Regionsudvalgets udtalelse til Kommissionens forslag vil blive fremlagt i Regionsudvalgets NAT-underudvalg på førstkommende møde den 28. november 2011 og forventes vedtaget på Plenarforsamlingen den 3.-4. maj 2012.

### **BSSSC's årlige konference den 5.-7. oktober 2011 i Szczecin, Polen**

(amj)

Der var fokus på regionernes rolle i EU's Østersøstrategi og den fremtidige samhørighedspolitik i EU, da den regionale samarbejdsorganisation omkring Østersøen, BSSSC (Baltic Sea States Subregional Co-operation), holdt sin årlige konference den 5.-7. oktober 2011 i Szczecin, Polen

Temaet for den 19. årlige konference i BSSSC - regionernes rolle i EU's Østersøstrategi og den fremtidige samhørighedspolitik i EU - var aktualiseret af, at EU-Kommissionen sideløbende i Bruxelles præsenterede sit forslag til en ny og revideret samhørighedspolitik.

Knud Andersen, medlem af Danske Regioners bestyrelse og bestyrelsesmedlem i BSSSC, gav på vegne af BSSSC konkrete bud på, hvordan regionerne kan understøtte EU's vækststrategi, Europa2020, om intelligent, bæredygtig og inklusiv vækst. Regionerne har førstehåndskendskab til erhvervslivets udfor-



dringer og de regionale betingelser for vækst, og det er vigtigt, at samhørighedspolitikken fortsat bidrager med de rette redskaber til, at regionerne kan drive regionale projekter finansieret af EU's strukturfondsmidler. Knud Andersen præsenterede også det fælles positionspapir om EU's budget 2014-2020 og samhørighedspolitikken, som BSSSC's bestyrelse netop havde vedtaget på det forudgående bestyrelsesmøde.

Danske Regioner var på konferencen arrangør af en session, hvor blandt andre den danske ambassadør i Polen, Thomas Østrup Møller, og næstformand i Baltic Development Forum, Hans Skov Christensen, gav deres bud på, hvordan Østersøstrategien kan bidrage til at understøtte den vigtige vækstdagsorden og EU's Europa2020-strategi. Peter Madsen, formand for Region Sjællands internationale udvalg, præsenterede regionens meget aktive engagement i String-samarbejdet, der forbinder regionerne i den sydvestlige del af Østersøen i konkrete samarbejdsprojekter om blandt andet miljø, transport/infrastruktur, erhvervsfremme og kultur.

De regionale repræsentanter drøftede i workshops, hvordan Østersøstrategien og transnationale programmer i højere grad kan målrettes regionalt samarbejde om f.eks. samarbejde mellem by- og landområder, forskning, innovation, transport, uddannelse og social inklusion.

Den 20. årlige BSSSC-konference vil finde sted i Lillestrøm, Norge den 17.-20. september 2012

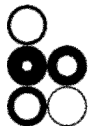
### **Forberedelse af CEMR's Policy Committee møde 12.-13. december**

**(asa)**

Medlemmerne – dvs. Danske Regioner og søsterorganisationer i Europa – har gennem længere tid bidraget til og drøftet organiseringen af arbejdet i den fælles europæiske interesseorganisation Council of European Municipalities and Regions (CEMR). Der har blandt de nordeuropæiske lande været lagt vægt på interessevaretagelsen som det vigtigste element i CEMR's arbejde, mens andre medlemsorganisationer, hvoraf ikke alle er fra EU lande, har set eksempelvis venskabsby-samarbejde som lige så vigtig.

Debatten om vægtningen mellem påvirkning af konkret EU-lovgivning, herunder forberedelsen og drøftelserne af holdningspapirer i CEMR's arbejdsgrupper, og den bredere erfarings- og vidensudveksling mellem CEMR's medlemsorganisationer er ikke ny, lige så lidt som skellet mellem nord og syd i den debat.





---

Til gengæld er det nyt, at CEMR's medlemmer i stigende grad melder, at de har svært ved at betale kontingentet. Specielt UK og Italien har meddelt, at de er nød til at skære drastisk i deres medlemsbidrag til CEMR som følge af kraftige nedskæringer på hjemmefronten. I en organisation, hvor medlemskontingenter er fastsat ud fra BNP og indbyggerantal, slår det hårdt, når to store lande er i vanskeligheder.

Budgetproblemerne bidrager til, at debatten om de vigtigste prioriteringer for CEMR forventes at blive trukket skarpt op i CEMR's øverste organ, Policy Committee, når medlemmerne mødes i Bruxelles den 12.-13. december.

På forudgående møder i CEMR's direktørkreds – det seneste den 27.-28. oktober blev det kraftigt påpeget fra flere nordeuropæiske medlemsorganisationers side, herunder Danske Regioner, at prioriteringsdebatten var yderst vigtig og at CEMR med de givne budgetvanskeligheder skal fokusere på, hvad der for flertallet af medlemmerne anses som kerneopgave – nemlig interessevaretagelsen i forhold til EU-systemet. Denne prioritering bør også afspejle sig i anvendelsen af tiden i det 22 mand store sekretariat, der er fordelt mellem Bruxelles og Paris.

Danske Regioner deltager aktivt og med stort udbytte i CEMR's arbejdsgrupper og anser det for vigtigt, at CEMR også fremover er i stand til at samle og koordinere medlemmernes synspunkter til holdningspapirer, der kan påvirke beslutningsprocessen i EU.

### **Den videre drift af Lægehåndbogen og patienthåndbogen på Sundhed.dk (mbb)**

Danske Regioners bestyrelse godkendte i 2009, at regionerne finansierer driften af sygdomsleksikaene Lægehåndbogen og Patienthåndbogen på sundhed.dk. Formålet med Lægehåndbogen er at understøtte den faglige udvikling af særligt almen praksis. Det sker ved at tilbyde en nem, hurtig og elektronisk adgang til den nyeste faglige viden om alle de symptomer, sygdomme og behandlinger, som håndteres i almen praksis. Formålet med Patienthåndbogen er på samme vis at tilbyde patienterne den nyeste viden inden for såvel akutte sygdomme til kroniske tilstande på en troværdig og forståelig måde. Samlet har begge leksika knap 6000 artikler og 2000 video og illustrationer.

Med godkendelsen fra 2009 sagde Danske Regioners bestyrelse ja til, at regionerne bidrager driften til og med tredje kvartal 2012. Danske Regioner har nu indgået en løbende kontrakt om it-drift og faglig vedligeholdelse af begge leksika. Derfor udsender Danske Regioner i løbet af november en ny Økonomisk Vejledning til regionerne, hvori de bedes dække udgifter for hele 2012 samt bi-



---

drag til driften, så længe kontrakten om vedligeholdelse af de to leksika løber. Kontrakterne kan opsiges med 9 måneders varsel. Det samlede bidrag fra regionerne i 2012 vil være 11.8 mio. kr.

---

***Bilag***  
Ingen.



---

**17. Næste møde, sagsnr. 11/1977**

Annette Budtz-  
Jørgensen

---

***Resumé***

-

---

***Indstilling***

*Det indstilles,*

at næste møde i Danske Regioners bestyrelse holdes torsdag den 15. december 2011 kl. 11.00.

---

***Sagsfremstilling***

-

---

***Bilag***

Ingen.





---

**18. Eventuelt, sagsnr. 11/1977**

---

Annette Budtz-  
Jørgensen

*Resumé*

-

---

*Indstilling*

-

---

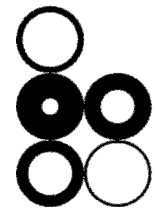
*Sagsfremstilling*

-

---

*Bilag*  
Ingen.





Medlemmerne af  
Danske Regioners bestyrelse  
m.fl.

15-11-2011

Sagsnr. 1977

Annette Budtz-

Jørgensen

Tel.: 3529 8263

E-mail: abj@regioner.dk

## **Åbent referat fra møde i Danske Regioners bestyrelse torsdag den 10-11-2011 kl. 11:00**

**Deltagere:** Bent Hansen, Carl Holst, Ulla Astman, Steen Bach Nielsen, Poul Erik Svendsen, Henrik Thorup, Per Tærstøl, Thor Buch Grønlykke, Poul Müller, Anne V. Kristensen, Birgitte Josefsen, Bente Lauridsen, Jens Stenbæk, Flemming Ste-nild

**Afbud:** Vibeke Storm Rasmussen, Knud Andersen, Birgitte Kjøl-ler Pedersen

**Regions-  
direktører** Helle Ulrichsen, Jens Andersen, Mikkel Hemmingsen, Bo Johansen, Per Christiansen

**Sekretariatet:** POK, LC, SIF, GIB, KHE, JWI, KTA (referent)

### **1. Formandens meddelelser, sagsnr. 11/1869**

Bestyrelsen tog meddelelserne til efterretning.

#### ***Resumé***

#### **Møde med social- og integrationsministeren 1. november**

Formandskabet orienterede om mødet.

#### **Møde med sundhedsministeren 11. november**

Formandskabet orienterede om dagsordenen for mødet.

#### **RADS anbefaling af lægemidler uden for godkendt indikation**

Der blev orienteret om, at Danske Regioner vil rette henvendelse til Sundhedsministeriet for at få en fortolkning af lægemiddeldirektivet i relation til anbefaling af lægemidler uden for godkendt indikation. Notat omdelt.

### **2. Godkendelse af åbent referat af møde 27-10-2011 i Danske Regioners bestyrelse, sagsnr. 11/1869**

Bestyrelsen godkendte referatet med den tilføjelse til punkt 1. Formandens meddelelser under ”Studietur til Singapore”, at der vil blive arrangeret to studieture henholdsvis forår (uge 8) og efterår, således at flere har mulighed for at deltage.

#### ***Resumé***

-

### **3. Epilepsihospitalet Filadelfia, sagsnr. 11/609**

Bestyrelsen drøftede sagen og bad om en løbende status.

#### ***Resumé***

Region Sjælland og Epilepsihospitalet Filadelfia indgik den 10. oktober 2011 en driftsoverenskomst.

### **4. Kvalitet i psykiatrien, sagsnr. 11/526**

Punktet blev udskudt til næste møde.

#### ***Resumé***

-



**5. Offensiv strategi vedrørende klima og energi i forbindelse med dansk EU-formandskab, sagsnr. 10/2502**

Punktet blev udskudt til næste møde.

*Resumé*

-

**6. Orienteringspunkter, sagsnr. 11/1869**

Punktet blev udskudt til næste møde.

*Resumé*

-

**7. Næste møde, sagsnr. 11/1869**

Bestyrelsen besluttede, at næste møde i Danske Regioner holdes 24. november 2011 kl. 11.00.

*Resumé*

-

**8. Eventuelt, sagsnr. 11/1869**

-

*Resumé*

-



Bilagstabel 1: Budget 2012 sammenholdt med Budget 2011, Budget 2010 og Regnskab 2010, samt budgetoverslag for 2013 og 2014. Budgettal er i 2010 P/L i millioner kroner.

	B10	R10	B11	B12	Bo13	Bo14
<b>Lønudgifter</b>	<b>95,6</b>	<b>95,3</b>	<b>92,2</b>	<b>92,3</b>	<b>92,3</b>	<b>92,3</b>
<b>Personaleomkostninger</b>						
Efteruddannelse	2,0	1,9	2,0	2,0	2,0	2,0
Øvrige personaleomkostninger	13,5	12,8	13,5	15,0	15,0	15,0
<b>Personaleomkostninger i alt:</b>	<b>15,5</b>	<b>14,7</b>	<b>15,5</b>	<b>17,0</b>	<b>17,0</b>	<b>17,0</b>
<b>Fremmede tjenesteydelser:</b>						
Bestyrelsespulje *	5,0	1,3	6,4	5,0	5,0	5,0
Beredskabspulje	5,0	5,0	5,0	3,0	3,0	3,0
Igangværende projekter	2,0		-	-	-	-
Øvrige udgifter	7,6	14,6	9,7	11,4	11,7	11,7
<b>Fremmede tjenesteydelser i alt:</b>	<b>19,6</b>	<b>20,9</b>	<b>21,1</b>	<b>19,4</b>	<b>19,7</b>	<b>19,7</b>
<b>Øvrige driftsudgifter</b>	<b>52,5</b>	<b>47,9</b>	<b>50,9</b>	<b>50,3</b>	<b>47,8</b>	<b>47,8</b>
<b>Driftsudgifter i alt:</b>	<b>72,1</b>	<b>68,8</b>	<b>72,0</b>	<b>69,7</b>	<b>67,5</b>	<b>67,5</b>
<b>Udgifter i alt:</b>	<b>183,2</b>	<b>178,8</b>	<b>179,6</b>	<b>179,0</b>	<b>176,8</b>	<b>176,8</b>
Indtægter						
Kontingent	-122,5	-123,0	-122,5	-123,5	-123,5	-123,5
Momsfond	-10,1	-11,1	-5,2	-5,2	-2,7	-2,7
Øvrige indtægter	-10,7	-13,4	-10,7	-10,4	-10,7	-10,7
<b>Indtægter i alt:</b>	<b>-143,3</b>	<b>-147,5</b>	<b>-138,4</b>	<b>-139,1</b>	<b>-136,9</b>	<b>-136,9</b>
<b>Driftsresultat:</b>	<b>39,9</b>	<b>31,3</b>	<b>41,3</b>	<b>39,9</b>	<b>39,9</b>	<b>39,9</b>
<b>Finansposter</b>						
Pakhus E	1,7	3,3	2,2	1,3	0,8	0,3
Renter netto:	-6,2	-9,8	-5,4	-6,9	-6,2	-5,5
<b>Finansposter i alt:</b>	<b>-4,5</b>	<b>-6,5</b>	<b>-3,2</b>	<b>-5,6</b>	<b>-5,4</b>	<b>-5,2</b>
<b>Kapitalposter</b>						
Kursgevinster/tab		-11,3	-	-	-	-
<b>Kapitalposter i alt:</b>	<b>0,0</b>	<b>-11,3</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>
<b>Resultat (+ = underskud):</b>	<b>35,4</b>	<b>13,5</b>	<b>38,1</b>	<b>34,3</b>	<b>34,5</b>	<b>34,7</b>

\*) Heraf disponeret 0,6 millioner kroner i årene 2011-14 til Landsdækkende indsats mod stigmatisering af psykisk sygdom, 250 tusinde kroner i årene 2011-2014 til Markedsføringskonsortium - sundhed og velfærd og 300 tusinde kroner til ekstraordinært præsidiumøde i fm. EU formandskab. Bestyrelsespuljen blev i foråret 2011 øget med 1,4 millioner kroner i form af disponerede midler fra 2010 puljen. Dette øger det budgetterede driftsunderskud tilsvarende.



Bilagstabel 2: Budgetteret normering af faste medarbejdere i 2010-2012.

	B10	B11	B12
Direktion og direktionsekretariat	16,0	16,0	11,0
Kommunikation	8,0	7,0	7,0
Sundheds- og socialområdet	38,7	38,0	38,0
Forhandlingsområdet	20,8	19,7	20,7
Regional udvikling	15,0	15,0	19,0
Økonomi- og Sundhedsanalyse	27,7	26,2	26,2
Intern forvaltning	39,8	37,0	37,0
I alt:	166,0	158,9	158,9



**Danske Regioners budget 2012**

<b>Løbende priser i kr.</b>	<b>Regnskab 2010</b>	<b>Budget 2010 i P/L 2010</b>	<b>2011 i P/L 2011</b>	<b>FvR 2011</b>	<b>Forslag til Budget 2012 i</b>
<b>Kontingentindtægter</b>	122.992.771	122.484.000	122.538.000	123.556.000	125.920.000
Regionerne	116.229.498	115.752.000	115.752.000	116.770.000	119.000.000
Tilsluttede institutioner	66.240	60.000	60.000	60.000	60.000
Videnscenter for Jordforening	6.697.033	6.672.000	6.726.000	6.726.000	6.860.000
Sekretariatsbidrag	7.788.492	5.900.000	6.145.000	6.145.000	6.499.000
Momsfond	11.110.183	10.138.000	5.200.000	5.200.000	5.300.000
Indtægter vedr. blodplasma mm.	5.559.884	4.800.000	4.800.000	5.100.000	3.900.000
<b>Indtægter i alt</b>	<b>147.451.331</b>	<b>143.322.000</b>	<b>138.683.000</b>	<b>140.001.000</b>	<b>141.619.000</b>
<b>Omkostninger</b>					
<b>Lønudgifter</b>	<b>95.286.608</b>	<b>95.600.000</b>	<b>92.600.000</b>	<b>92.300.000</b>	<b>94.400.000</b>
<b>Personaleomkostninger</b>	<b>14.684.254</b>	<b>15.500.000</b>	<b>15.600.000</b>	<b>15.400.000</b>	<b>17.200.000</b>
Efteruddannelse	1.906.657	2.000.000	2.000.000	2.000.000	2.000.000
Øvrige Personaleudgifter	12.777.597	13.500.000	13.600.000	13.400.000	15.200.000
<b>Fremmede tjenesteydelser</b>	<b>20.967.290</b>	<b>19.600.000</b>	<b>21.100.000</b>	<b>21.000.000</b>	<b>19.500.000</b>
Bestyrelsespulje	1.297.000	5.000.000	6.400.000	6.400.000	5.000.000
Beredskabspulje	5.004.990	5.000.000	5.000.000	5.000.000	3.000.000
Igangværende projekter		2.000.000			
Konsulent-og advokatbistand	12.685.675	5.700.000	7.800.000	7.600.000	8.900.000
Forsikring, revision, stillingsannoncer mm.	1.979.625	1.900.000	1.900.000	2.000.000	2.600.000
<b>Øvrige driftsudgifter</b>	<b>47.770.221</b>	<b>52.505.000</b>	<b>50.716.000</b>	<b>49.393.000</b>	<b>50.420.000</b>
Afskrivninger	6.318.701	6.172.000	6.172.000	7.000.000	7.075.000
Regionernes hus+Gripsholm	4.454.777	4.490.000	4.490.000	4.500.000	4.675.000
IT	1.423.086	1.594.000	1.594.000	1.600.000	1.600.000
Andet	440.837	88.000	88.000	900.000	800.000
<b>Driftsomkostninger ved huse</b>	<b>5.945.818</b>	<b>7.094.000</b>	<b>7.097.000</b>	<b>6.700.000</b>	<b>6.625.000</b>
<b>Mødeaktiviteter</b>	<b>11.182.497</b>	<b>10.955.000</b>	<b>10.793.000</b>	<b>9.813.000</b>	<b>11.238.000</b>
Generalforsamling	841.108	785.000	791.000	350.000	807.000
Bestyrelses- og udvalgsmøder	1.508.016	1.575.000	1.588.000	1.588.000	1.849.000
Møder og rejser i øvrigt	8.833.373	8.595.000	8.414.000	7.875.000	8.582.000
<b>Informationsaktiviteter</b>	<b>2.134.253</b>	<b>3.466.000</b>	<b>3.466.000</b>	<b>2.215.000</b>	<b>2.958.000</b>
IT, telefoni og trykkeri	11.979.817	12.056.000	12.473.000	11.465.000	9.176.000
<b>Øvrige udgifter</b>	<b>3.240.188</b>	<b>3.654.000</b>	<b>4.260.000</b>	<b>6.645.000</b>	<b>7.760.000</b>
<b>Tilskud</b>	<b>6.968.948</b>	<b>9.108.000</b>	<b>6.455.000</b>	<b>5.555.000</b>	<b>5.588.000</b>
DSI	1.614.750	1.615.000	1.655.000	1.655.000	1.688.000
Bloddonor Danmark	2.670.200	2.670.000	2.692.000	2.692.000	2.746.000
Tilskud	2.683.998	4.823.000	2.108.000	1.208.000	1.154.000
<b>Driftsudgifter i alt</b>	<b>178.708.373</b>	<b>183.205.000</b>	<b>180.016.000</b>	<b>178.093.000</b>	<b>181.520.000</b>
<b>Driftsresultat - underskud</b>	<b>-31.257.042</b>	<b>-39.883.000</b>	<b>-41.333.000</b>	<b>-38.092.000</b>	<b>-39.901.000</b>
<b>Finansielle poster</b>					
Finansielle indtægter	22.001.598	20.738.000	18.910.000	20.650.000	20.090.000
Finansielle omkostninger	-15.530.247	-16.286.000	-15.685.000	-15.900.000	-14.560.000
Urealiserede kursgevinster på aktier og	11.342.672	-	-	-	-
<b>Finansielle poster, netto</b>	<b>17.814.023</b>	<b>4.452.000</b>	<b>3.225.000</b>	<b>4.750.000</b>	<b>5.530.000</b>
<b>Resultat af foreningens drift - underskud</b>	<b>-13.443.019</b>	<b>-35.431.000</b>	<b>-38.108.000</b>	<b>-33.342.000</b>	<b>-34.371.000</b>
Projektformidling m.v.	4.116.551			329.699	
<b>Årets resultat - underskud</b>	<b>-17.559.569</b>	<b>-35.431.000</b>	<b>-38.108.000</b>	<b>-33.671.699</b>	<b>-34.371.000</b>

Egenkapital ultimo  
- heraf i værdipapirer:

448.554.591  
371.572.371

414.882.892 380.511.892

Note: Regnskabstallene for 2009+2010 er blevet ombrudt for at svare til budgetopstillingen. Ombyrdeningen vedr. de finansielle indtægter og udgifter, hvor driften af Pakhus E indgår i de finansielle poster.







## Bilag 1. Delaftale om finansloven (sundhed) og satspuljeaftalen 2012-2015 på sundhedsområdet

Regeringen og Enhedslisten har den 15. november indgået delaftale til finansloven om sundhedsområdet. Aftalen tilføjer sundhedsområdet ca. ½ milliard kroner i 2012.

Regeringen, Venstre, Dansk Folkeparti, Liberal Alliance og Det Konservative Folkeparti indgik den 16. november 2011 forlig om satspuljen i perioden 2012-2015. Forliget tilføjer ca. 300 millioner kroner til sundhedsområdet i 2012.

17-11-2011

Sag nr. 11/1434

Dokumentnr.

Andreas Guoth Stefansen

Tel. 3529 8162

E-mail: Ags@regioner.dk

I delaftalen til finansloven vedr. sundhed omtales en række initiativer med relevans for regionerne. Initiativerne gennemgås nedenfor.

**Table 1. Oversigt over initiativerne i delaftalen til finansloven for 2012 i mio. kr. og 12pl**

Initiativer	2012	2013	2014	2015	I alt
Gratis fertilitetsbehandling	213,0	213,0	213,0	213,0	852,0
Gratis tolkebistand i sundhedsvæsenet	0,5	0,5	0,5	0,5	2,0
Udvidelse af vaccination mod livmoderhalskræft til kvinder op til 26 år	75,0	75,0	-	-	150,0
Bedre kvalitet i sygehusbehandlingen (kliniske retningslinjer)	20,0	20,0	20,0	20,0	80,0
Gratis MFR-vaccine til unge voksne	6,0	-	-	-	6,0
Multiresistente stafylokokker	4,0	4,0	4,0	4,0	16,0
Bekæmpelse af sygehuserhvervede infektioner	3,0	3,0	2,0	-	8,0
Vaccinegaranti	60,0	-	-	-	60,0
Helikopterordning (inkl. reserve til varig ordning)	50,0	102,0	125,0	125,0	402,0
Epilepsihospitalet Filadelfia	25,0	15,0	-	-	40,0
Tilskud til tandlæge ved særlige diagnoser	22,0	22,0	22,0	22,0	88,0
Styrkelse af forebyggelsesindsatsen	24,0				24,0
<b>I alt</b>	<b>502,5</b>	<b>454,5</b>	<b>386,5</b>	<b>384,5</b>	<b>1.728,0</b>

Kilde: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

### Gratis fertilitetsbehandling

Brugerbetalingen der blev indført pr. 1. januar 2011 for fertilitetsbehandling fjernes. Med aftalen sikres det, at ufrivillige barnløse ikke stilles dårligere i det offentlige sundhedsvæsen end andre grupper. Aftalen vil medføre, at egenbetaling for behandling med kunstig befrugtning, sterilisation og referertilisation i det offentlige sundhedsvæsen fjernes. I alt tilføres regionerne 213 millioner kroner årligt. Dette beløb svarer til den DUT-sag, der lå forud for indførelsen af brugerbetalingen pr. 1. januar 2011.

**Gratis tolkebistand**

Gebyret for tolkebistand til patienter, der har boet mere end 7 år i Danmark, afskaffes. Tilbagerulningen af ordningen betyder, at det bliver gratis at modtage tolkebistand i forbindelse med behandling på sygehuse og ved konsultation hos alment praktiserende læge og praktiserende speciallæge. I alt tilføres regionerne 0,5 millioner kroner årligt fra 2012 og frem. Der er tale om de tilsvarende beløb fra DUT-sagerne ved indførelsen af ordningen pr. 1. januar 2011.

**Udvidelse af vaccination mod livmoderhalskræft**

Ordningen med gratis vaccination mod livmoderhalskræft udvides til at omfatte alle kvinder op til 26 år. I dag tilbydes vaccinationen mod livmoderhalskræft gratis til alle piger i 12-årsalderen. I 2009 og 2010 blev der gennemført et midlertidigt catch-up program sådan, at alle piger, som i dag er 18 år, har fået tilbudt vaccinen. Finanslovsaftalen på sundhedsområdet betyder bl.a., at piger i alderen 19 og op til 26 år skal tilbydes at blive vaccineret gratis mod livmoderhalskræft i løbet af 2012 – 2013. Regionerne tilføres 75 millioner kroner årligt i årene 2012 og 2013.

Regeringen har i deres forslag til finanslov for 2012 fremhævet, at de vil drøfte status for pakkeforløbene på kræftområdet med Danske Regioner og status for kræftplan III. I den forbindelse skal der blandt andet ses på behovet for en yderligere og målrettet styrkelse af kræftområdet. Den indgåede delaftale på sundhedsområdet nævner det ikke.

**Bedre kvalitet i sygehusbehandlingen (kliniske retningslinjer)**

Med finanslovsaftalen er der afsat 20 millioner kroner årligt til at videreudvikle nationale kliniske retningslinjer. Regeringen finder, at retningslinjerne et vigtigt redskab til at sikre høj, ensartet kvalitet og ensartede behandlingstilbud på tværs af landet. De skal sikre øget videndeling på tværs af faggrupper, så ny viden omsættes til klinisk praksis hurtigst muligt til gavn for patienterne.

**Gratis MFR-vaccine til unge og voksne**

Det er endnu uvist hvordan initiativet vil blive rullet ud. Men i delaftalen er der afsat 6 millioner kroner alene i 2012 til indsatsen.

**Multiresistente stafylokokker**

Der er blevet afsat 4 millioner kroner årligt fra 2012 og frem til bekæmpelse af multiresistente stafylokokker.

### **Bekæmpelse af sygehuserhvervede infektioner**

Det er endnu uvist hvad initiativet indeholder. Men i delaftalen er der afsat 3 millioner kroner årligt i 2012 og 2013 samt 2 millioner kroner i 2014.

### **Vaccinegaranti**

Der etableres en vaccinegaranti i tilfælde af nye influenzapandemier. Der afsættes 60 millioner kroner alene i 2012.

### **Helikopterordning**

Den nuværende forsøgsordning med akuthelikoptere i Karup og Ringsted forlænges. Ligeledes er der afsat en økonomisk reserve, såfremt der bliver politisk enighed om at vedtage en varig ordning med akuthelikoptere fra 2013 og frem. Der afsættes 50 millioner kroner i 2012, 102 millioner kroner i 2013 og 125 millioner kroner årligt fra 2014 og frem.

### **Epilepsihospitalet Filadelfia**

Med delaftalen er der afsat en ramme til Epilepsihospitalet Filadelfia på 25 millioner kroner i 2012 og 15 millioner kroner i 2013. Det forventes, at regionerne inddrages i en dialog om det videre forløb.

### **Tilskud til tandlæge ved særlige diagnoser**

Med aftalen er der sat midler af til ekstra tilskud vedr. tandlægebehandlinger ved særlige diagnoser. Der er afsat 22 millioner kroner årligt fra 2012 og frem.

### **Styrkelse af forebyggelsesindsatsen**

Der er afsat 24 millioner kroner til en styrket forebyggelsesindsats i 2012. Det har ikke været muligt at finde ud af, hvordan midlerne er tænkt udmøntet.

### **Afskaffelse af fradrag på sundhedsforsikringer**

Det fremhæves som en del af delaftalen vedr. sundhed til finansloven for 2012, at skattefritagelsen på arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer fjernes. I regeringens oplæg til Finanslov for 2012 er provenuet sat til 500 millioner kroner. Der er på nuværende tidspunkt ikke taget stilling til det eventuelle forøgede forbrug på offentlige sygehuse, som afskaffelsen kan medføre.

## Statspuljeforliget 2012-2015 på sundhedsområdet

Side 4

Med satspuljeforliget for sundhedsområdet for perioden 2012-2015 er der afsat 830 millioner kroner til psykiatrien i perioden 2012-2015 samt 336,2 millioner kroner til forebyggelse og sundhed til svage grupper i samme periode, jf. tabel 2.

Derudover er der ligeledes aftalt et foreløbigt forlig på socialområdet. Der henvises til særskilt dagsordenspunkt for dette.

**Tabel 2. Satspuljeforliget 2012-15 i mio. kr. og 12pl**

Initiativ	2012	2013	2014	2015	I alt
<b>Psykiatrien</b>	<b>201,5</b>	<b>214,5</b>	<b>207,0</b>	<b>207,0</b>	<b>830,0</b>
1.1 Hurtigere hjælp til børn og unge med psykiske sygdomme (P)	20,0	32,5	25,0	25,0	102,5
1.2 Styrkelse af den nære psykiatri (P)	20,0	20,0	20,0	20,0	80,0
1.3 Styrket samarbejde mellem behandlingspsykiatrien og almen praksis (P)	25,0	25,0	25,0	25,0	100,0
1.4 Ophævelse af aldersgrænsen for tilskud til psykologbehandling af personer med depression	50,0	50,0	50,0	50,0	200,0
1.5 Udvidelse af ordning med tilskud til psykologbehandling af personer med angst, herunder OCD	10,0	10,0	10,0	10,0	40,0
1.6 Styrket psykiatrisk indsats for dobbeltdiagnosticerede (P)	13,5	13,5	13,5	13,5	54,0
1.7 Styrkelse af den kommunale alkoholbehandling dobbeltbelastede (P)	13,0	13,5	13,5	13,5	53,5
1.8 Flere sengepladser i psykiatrien (P)	20,0	40,0	40,0	40,0	140,0
1.9 Børn som pårørende til psykisk syge og misbrugere	20,0				20,0
1.10 Behandling af spiseforstyrrelser	5,0	5,0	5,0	5,0	20,0
Erfaringsindhentning om behandling af BED	5,0	5,0	5,0	5,0	20,0
<b>Forebyggelse og sundhed for svage grupper</b>	<b>92,6</b>	<b>85,0</b>	<b>89,3</b>	<b>69,3</b>	<b>336,2</b>
2.1 Strategi for bekæmpelse af rygning blandt udsatte unge	4,0	4,0	4,0	4,0	16,0
2.2 Opsøgende tandpleje blandt særligt socialt udsatte	4,0	4,0	4,0	4,0	16,0
2.3 Pulje til fremme af seksuel og reproduktiv sundhed	5,0	5,0	5,0	5,0	20,0
2.4 Børn og unge med kronisk sygdom	3,0	3,0	3,0	3,0	12,0
2.5 National handlingsplan for den ældre medicinske patient	56,6	54,6	54,6	34,6	200,4
2.6 Oplysningskampagne om symptomer på demens	3,0				3,0
2.7 Nationalt videnscenter for demens		1,9	6,2	6,2	14,3
2.8 Indkaldelse til børneundersøgelser og vaccination (P)	1,0	1,0	1,0	1,0	4,0
2.9 Videreførelse af Videnscenter for Forebyggelse af Rusmiddelskader hos Børn	4,5				4,5
2.10 Forebyggende indsats for overvægtige børn og unge	7,0	7,0	7,0	7,0	28,0
2.11 Styrket indsats for svangeromsorgen af udsatte gravide	4,5	4,5	4,5	4,5	18,0
<b>I alt</b>	<b>294,1</b>	<b>299,5</b>	<b>296,3</b>	<b>276,3</b>	<b>1.166,2</b>
I alt permanente (regionale)	99,5	132,0	124,5	124,5	480,5

Kilde: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Anm: (P) angiver, at der er tale om permanente midler

### **1.1 Hurtigere hjælp til børn og unge med psykiske sygdomme**

Der afsættes en ansøgningspulje på 102,5 mio. kr. i perioden 2012-2015 til støtte af regionale initiativer, som tilskynder til øget aktivitet og nedbringer ventetiden og styrker samarbejdet mellem behandlingspsykiatrien, praksissektoren og kommunen. Der vil ved vurdering af ansøgningerne blive lagt vægt på initiativer, der har vist sig velegnede til at øge aktiviteten og nedbringe ventetiden. Efter projektfasens fire år bliver midlerne (25 millioner kroner årligt) tilført regionerne som en permanent bevilling.

Endvidere vil den nuværende lov om udvidede rettigheder til hurtig undersøgelse og behandling blive evalueret frem til september 2012.

### **1.2 Styrkelse af den nære psykiatri**

Der afsættes en ansøgningspulje på 20 millioner kroner årligt i perioden 2012-2015 til øget tilgængelighed og styrkelse af de subakutte tilbud i den nære psykiatri. Der vil ved vurdering af ansøgningerne blive lagt vægt på, at indsatserne gennemføres i nært samspil med akuttilbud i socialpsykiatrien og involverer de praktiserende læger. Efter projektfasens fire år bliver midlerne tilført regionerne permanent.

### **1.3 Styrket samarbejde mellem behandlingspsykiatrien og almen praksis**

Der afsættes en pulje på 25 millioner kroner årligt i perioden 2012-2015 til initiativer, som styrker samarbejdet mellem behandlingspsykiatrien og praksissektoren om behandling af patienter med fx ikke-psykotiske lidelser inden for rammen af shared care. Midlerne vil efter projektfasen på fire år blive tilført regionerne som permanent bevilling for at fastholde indsatsen. Der er forventningen, at ca. 20.00 personer i hver region kan blive omfattet af ordningen.

### **1.4 Ophævelse af aldersgrænsen for tilskud til psykologbehandling af personer med depression**

Ministeriet vil i 2012 følge op på lægernes og psykologernes anvendelse af retningslinjerne for henvisning af patienter. Herudover ønsker satspuljepartierne at ophæve aldersgrænserne for adgang til psykologbehandling så ordningen fremover omfatter alle over 18 år. Der er afsat 50 mio. kr., årligt i perioden 2012-2015 – heraf reserveres 1 mio. kr. til evaluering af ordningen. Midlerne udmøntes til regionerne som midlertidig bevilling. Spørgsmålet om permanentgørelse kan tages op i 2015.

### **1.5 udvidelse af ordning med tilskud til psykologbehandling af personer med angst herunder OCD**

Satspuljepartierne ønsker at udvide adgangen til psykologordningen fra de nuværende 18-28 år med ca. 10 årgange til at omfatte alle mellem 18 og 38 år. Der afsættes 10 millioner kroner årligt i perioden 2012-2015. Midlerne udmøntes til regionerne som midlertidig bevilling. Spørgsmålet om permanentgørelse kan tages op i 2015.

### **1.6 Styrket psykiatrisk indsats for dobbeltdiagnosticerede**

Der afsættes en ansøgningspulje på 16 millioner kroner årligt i perioden 2012-2015 til styrkelse af den regionale behandlingsindsats overfor personer med psykisk sygdom og misbrug, så tilbuddene i almenpsykiatrien eller retspsykiatrien til målgruppen kan udbygges – både mht. kapacitet og kvalitet. Der vil i udmøntningen blive lagt særlig vægt på dokumentation af det konkrete samarbejde herunder mellem behandlingspsykiatrien og kommuner. Efter projektfasens fire år bliver midlerne tilført regionerne permanent.

### **1.7 Styrkelse af den kommunale alkoholbehandling af dobbeltbelastede**

Der afsættes en kommunal ansøgningspulje på 53,5 millioner kroner i perioden 2012-2015 til styrkelse af den kommunale døgnbehandling af personer med misbrug og med psykiske problemstillinger.

### **1.8 Flere sengepladser i psykiatrien**

Der afsættes en ansøgningspulje på 140 millioner kroner i perioden 2012-2015 til etablering af nye sengepladser i almen psykiatri. Puljemidlerne vil blive fordelt til de regioner, som kan dokumentere, at midlerne vil medgå til finansiering af en yderligere udbygning af sengekapaciteten. Midlerne fordeles med 20 millioner kroner i 2012 og 40 millioner kroner årligt fra 2013 og frem. Efter projektfasens fire år bliver midlerne tilført regionerne permanent under forudsætning af fastholdelse af den udbyggede kapacitet. Dette initiativ havde den tidligere regering forpligtet opbakning til økonomiaftalen for 2012.

### **1.9 Børn som pårørende til psykisk syge og misbrugere**

Der afsættes en ansøgningspulje på 20 millioner kroner i 2012 til støtte til børn som pårørende til psykisk syge eller misbrugere. Midlerne vil blive fordelt på baggrund af ansøgninger fra private organisationer.

### **1.10 Behandling af spiseforstyrrelser og erfaringsindhentning om behandling af BED**

Der er bevilliget to gange 5 millioner kroner årligt i perioden 2012-2015 til henholdsvis en udvidelse af behandlingskapaciteten af patienter med spiseforstyrrelser, samt til projekter der skaber erfaring med behandlingsforløb af personer med BED. Udbygningen af behandlingskapaciteten har fokus på patienter med bulimi og projekterne med patienter med BED har fokus på at indhente ny viden og erfaring.

Midlerne vil blive udmøntet efter ansøgning til og faglig indstilling fra Sundhedsstyrelsen. Ansøgninger og indstillinger vil blive forelagt satspuljepartierne. Der åbnes op for at gøre ordningerne permanent.

### **2.1 Strategi for bekæmpelse af rygning blandt udsatte unge**

Partierne afsætter 4 millioner kroner årligt i perioden 2012-2015 til at udvikle og implementere et fælles forpligtende koncept, der skal forebygge rygning blandt udsatte børn og unge.

### **2.2 Opsøgende tandpleje for særligt socialt udsatte**

Partierne afsætter 4 millioner kroner årligt i perioden 2012-2015 til en ansøgningspulje, som kommunerne kan søge til opsøgende indsatser overfor socialt udsatte. Midlerne fordeles til som midlertidige bevillinger på baggrund af ansøgning fra kommunerne og efter faglig indstilling fra Sundhedsstyrelsen.

### **2.3 Pulje til fremme af seksuel og reproduktiv sundhed**

Der afsættes 5 millioner kroner årligt i perioden 2012-2015 til at fremme indsatsen seksuel og reproduktiv sundhed i forhold til udsatte grupper, etniske minoriteter og unge. Der lægges vægt på aktiviteter i foreninger og kommuner f.eks. kampagner og seksualundervisningen.

### **2.4 Børn og unge med kronisk sygdom**

Partierne afsætter 3 millioner kroner årligt i perioden 2012-2015 til en ansøgningspulje. Puljen foreslås udmøntet til 3-4 projekter i regionalt og kommunalt samarbejde, som har fokus på at opnå mere viden om sociale forholds betydning for tidlig opsporing, behandling og rehabilitering af børn og unge med kronisk sygdom og på at afprøve metoder til opsporing, opfølgning, kompetenceudvikling og tværfaglig og tværsektoriel behandlings- og rehabiliteringsindsats.

## **2.5 National handlingsplan for den ældre medicinske patient**

Der afsættes en midlertidige ramme på 200,4 mio. kr. til en national handlingsplan for den ældre medicinske patient. Udgangspunktet for handlingsplanen er Sundhedsstyrelsen oplæg ”Styrket indsats for den ældre medicinske patient – fagligt oplæg til en national handlingsplan for den ældre medicinske patient”. Et arbejde hvor bl.a. regionerne har deltaget. Ministeriet får til opgave at lave et oplæg over konkrete tiltag inden for rammen til snarlig drøftelse i satspuljekredsen med henblik på en samlet aftale om en handlingsplan inden 1. januar 2012. Fokus skal være på forebyggelse af genindlæggelser, bedre sammenhæng i patientforløbene samt en analyse med henblik på vurdering af sengekapacitet.

De midlertidige midler udmøntes med 56,6 millioner kroner i 2012, 54,6 millioner kroner i hvert af årene 2013 og 2014 samt 34,6 mil. kr. i 2015.

## **2.6 Oplysningskampagne om symptomer på demens**

Der afsættes 3 millioner kroner i 2012 til en oplysningskampagne om symptomer på demens. Kampagnen udarbejdes med inddragelse af de relevante organisationer.

## **2.7 Nationalt Videnscenter for Demens**

Nationalt Videnscenter for demens blev etableret i 2007 som et udviklingsprojekt med finansiering til og med 2011. I satspuljeaftalen for 2011 blev der afsat 8,8 millioner kroner til videreførelse af centeret i 2012 og 2013. Der afsættes midlertidigt 14,3 millioner kroner i perioden 2013-2015 til videreførelse af Videnscenteret. Midlerne udmøntes med 1,9 millioner kroner i 2013 og 6,2 millioner kroner i hvert af årene 2014 og 2015.

## **2.8 Indkaldelse til børneundersøgelser og vaccination**

I satspuljeaftalen er afsat 1 million kroner årligt de næste fire år til at styrke indkaldelse/opfølgning på børneundersøgelser og vaccination i almen praksis. Pengene skal gå til at etablere systemer for indkaldelse/opfølgning for de børn, som ikke møder op til børneundersøgelse og børnevaccinationer hos den praktiserende læge, og til at understøtte, at pigerne får tre doser HPV-vaccine, inden de fylder 15 år. Beløbet skal dække de omkostninger, som en systematisk indkaldelse og opfølgning for de ikke fremmødte, vil pålægge regionerne og de praktiserende læger. Regionerne er i forvejen i gang med at se på, hvordan tilslutningen kan styrkes.

## **2.9 Videreførelse af Videnscenter for forebyggelse af Rusmiddelskader hos børn og unge**



Der afsættes 4,5 millioner kroner i 2012 til at sikre en videreførelse af Videnscenter for Forebyggelse af Rusmiddelskader hos Børn” på Hvidovre Hospital. Videnscentret skal sikre telefonrådgivning og anden formidling i regi af familieambulatorier. Midlerne dækker over både 2012 og 2013.

### **2.10 Forebyggende indsats for overvægtige børn og unge**

Partierne afsætter 7 millioner kroner årligt i 2012-2015 til styrkelse af den forebyggende indsats overfor overvægtige børn og unge. Midlerne fordeles mellem øget indsats for opsporing og tidlig indsats samt Julemærkehjemene.

### **2.11 Styrket indsats for svangeromsorgen af udsatte gravide**

Der afsættes 4,5 millioner kroner årligt i perioden 2012-2015 til at bekæmpe den sociale ulighed i forekomsten af graviditets- og fødselskomplikationer. Midlerne fordeles på baggrund af fælles ansøgninger fra region/kommune(r). Der afsættes 18 mio. kr. i perioden 2012-15.



## **Aftale om satspuljen på det sociale område 2012-2015**

Partierne bag satspuljeforliget, Venstre, Socialdemokraterne, Dansk Folkeparti, Det Radikale Venstre, Socialistisk Folkeparti, Liberal Alliance og Det Konservative Folkeparti har den 14. november 2011 indgået aftale om udmøntning af satspuljen for 2012 på det sociale område.

Aftalen i hovedtræk:

### **Landsdækkende behandlings- og rådgivningsindsats over for mennesker med senfølger af seksuelle overgreb**

Satspuljepartierne er enige om at afsætte 67 mio. kr. over fire år til en styrket indsats over for mennesker med senfølger af seksuelle overgreb. Indsatsen skal bestå af tre regionale centre, som skal samle og koordinere den allerede eksisterende indsats på området, og sikre landsdækkende hjælp til målgruppen. Satspuljepartierne er endvidere enige om at videreføre det eksisterende tilbud om psykologbehandling til mennesker med senfølger af seksuelle overgreb.

### **Forebyggelsesstrategi**

Børn og unge med særlige behov skal altid have den hjælp, de har krav på. Men der er behov for at styrke forebyggelsen, så vi så vidt muligt forhindrer, at børn kommer i alvorlige trivsels- og indlæringsproblemer og derved fratages muligheder for at få en uddannelse og komme i beskæftigelse, når de bliver voksne. Derfor har satspuljepartierne afsat 100 mio. kr. over fire år til en national forebyggelsesstrategi. Strategien omhandler to centrale indsatser:

- Styrkelse af forebyggelse, og inklusion i dagtilbud, skoler og tilknyttede fritidstilbud ved at indsamle og udbrede de bedste metoder til inklusion, yde konkret omstillingshjælp til kommuner og skoler i forhold til inklusionsindsatsen samt understøtte kommunernes strategiske brug af sundhedsplejen i deres forebyggelsesarbejde.
- Styrkelse af den målrettede forebyggelse i familien, herunder udbredelse af konkrete indsatser over for familier med børn i skolealderen, familier med utilpassede unge, familier med børn og unge med kriminel adfærd samt familier med børn og unge, som har ADHD. Der vil bl.a. blive iværksat uddannelse og kompetenceopbygning i metoder og indsatser over for disse grupper, etableret lokale indsatsteams i de enkelte kommuner og blive oprettet kommunale netværk på tværs af kommuner, som arbejder målrettet med forebyggelse i familien, således at kommunerne kan drage nytte af hinandens erfaringer.

### **Startboliger**

En del unge har vanskeligt ved at etablere sig på det almindelige boligmarked og bo i egen bolig. Det drejer sig fx om udsatte unge og unge med psykiske problemer. Satspuljepartierne er enige om, at der skal skabes mulighed for etablering af startboliger til unge 18-24-årige, der har særligt behov for en ungdomsbolig med tilhørende voksenstøtte (social vicevært). Startboligerne vil kunne drives af enten boligorganisationer eller frivillige foreninger. Der afsættes 131,2 mio. kr. i årene 2012-2015 til etablering af boligerne.

### **Målrettet indsats til bekæmpelse af fattigdom og social udsathed**

Fattigdom og social udsathed er en barriere for, at det enkelte menneske kan tage aktivt del i samfundet. Satspuljepartierne har derfor afsat 130 mio. kr. over fire år til en række initiativer, som målrettet bidrager til at forbedre den enkelte udsatte borgers situation og levevilkår. De forskellige initiativer har bl.a. til formål at forebygge og afhjælpe de negative konsekvenser af fattigdom og social eksklusion. Der er bl.a. tale om:

- En udvidelse af den frivillige gældsrådgivning, som skal bidrage til at forbedre de økonomiske vilkår for mennesker med lav indkomst, gæld og et lavt rådighedsbeløb.
- En styrket og forebyggende rådgivningsindsats i almene boligområder med henblik på at afværge udsættelser af lejere, som ikke har betalt deres husleje. For at sikre, at huslejebetalingen så vidt

muligt sker umiddelbart efter udbetaling af indkomst, vil parterne arbejde på at fjerne lejelovens løbedage.

- Styrket indsats i udsatte boligområder, der skal skabe lige muligheder for børn i udsatte familier med økonomiske vanskeligheder.
- Julehjælp, som giver frivillige organisationer mulighed for at hjælpe udsatte familier med at holde en god jul.
- Sommerferiehjælp, der gør det muligt for udsatte familier at tage på sommerferie mv.
- En nødovernatningspulje, som giver gadesovende hjemløse, der ikke kan få plads på et forsorgshjem/værested efter serviceloven, mulighed for at sove indendørs i den koldeste tid på året.

Satspuljepartierne er enige om, at frivillig gældsrådgivning kan være et centralt element til, at borgere med gældsproblemer kan få et bedre overblik over økonomien samt rådgivning til at nedbringe gælden. Satspuljepartierne er desuden enige om, at det kan være vanskeligt at vurdere det faktiske behov for frivillig gældsrådgivning. Der er derfor enighed blandt partierne om, at der i forbindelse med forhandlingerne om satspuljen for 2013 tilvejebringes en status for udvidelsen af den frivillige gældsrådgivning med henblik på at drøfte en eventuel yderligere udvidelse.

### **Akutte krisecentre for socialt udsatte stofmisbrugere – et modelprojekt**

For at styrke indsatsen over for kaotiske stofmisbrugere har satspuljepartierne reserveret 24 mio. kr. i perioden 2012-2015 til at etablere et modelprojekt i form af et *akut krisecenter for socialt udsatte stofmisbrugere*. Formålet er gennem døgnophold at tilbyde et helle, der giver den ro og omsorg, som skal til for at stabilisere en til tider livstruende situation. Målgruppen henvises bl.a. i samarbejde med væresteder for stofmisbrugere, LVS (Landsforeningen af Væresteder for Stofmisbrugere) m.fl.

### **Handlekraftig indsats**

I forlængelse af Barnets Reform er partierne enige om at afsætte midler til at gennemføre en række konkrete justeringer af lovgivningen. Der afsættes 84,1 mio. kr. over fire år til initiativer, der bidrager til en mere handlekraftig indsats over for udsatte børn og unge. Initiativerne omhandler bl.a.:

- Der gives mulighed for, at de sociale myndigheder kan få adgang til private hjem i sager, hvor der er stærk bekymring for et barn, og hvor familien modsætter sig at samarbejde om udredningen af barnets problemer.
- Styrkelse af den mellemkommunale underretningspligt, så fraflytterkommunen skal medsende relevant sagsmateriale, når der foretages en mellemkommunal underretning, og at modtagerkommuner kvitterer herfor.
- Understøttelse af adoption uden samtykke ved at forbedre vilkårene for at plejefamilier, der ønsker at adoptere deres plejebarn.
- Styrke de børnefaglige kompetencer og ressourcer hos Folketingets Ombudsmand samt Børnerådets talsmandsfunktion.

### **Tabt arbejdsfortjeneste**

Satspuljepartierne er enige om at forbedre vilkårene for familier, der har behov for at passe et handicappet eller alvorligt sygt barn i hjemmet ved at hæve loftet for tabt arbejdsfortjeneste fra det nuværende månedlige niveau på 20.241 kr. til 27.500 kr. Forslaget indebærer samlede udgifter på 395,6 mio. kr. i 2012-2015. Finansieringen tilvejebringes hovedsageligt via omprioriteringer af uforbrugte satspuljemidler svarende til 279,2 mio. kr.

### **Exit Prostitution**

Undersøgelser peger på, at prostituerede, der ønsker at forlade prostitution, ikke finder de eksisterende sociale tilbud tilstrækkeligt sammenhængende og relevante. Satspuljepartierne er derfor enige om at afsætte 46 mio. kr. over fire år til at identificere og implementere sammenhængende tilbud til målgruppen med henblik på effektive exit-muligheder. Indsatsen skal ske i samarbejde mellem Social- og Integrationsministeriet, relevante kommuner og frivillige organisationer. Samarbejdet skal tage

udgangspunkt i aktuelt bedste viden med henblik på at sikre en målbar indsats med mest mulig effekt for pengene.

### **Øget uddannelse af indsatte i danske fængsler og arresthuse**

Satspuljepartierne er enige om at styrke uddannelsesindsatsen for indsatte i danske fængsler og arresthuse. Der afsættes derfor 122 mio. kr. over fire år til formålet.

### **God løsladelse**

Det er vigtigt at sikre gode overgange ved løsladelse fra kriminalforsorgens institutioner og derfor afsættes der 4,0 mio. kr. over fire år til at styrke samarbejdet mellem kriminalforsorgen og kommunerne.

### **Ledsageordning til børn og unge mellem 12 og 15 år**

Satspuljepartierne ønsker at give børn og unge med funktionsnedsættelser bedre mulighed for at deltage i samfundslivet på lige fod med andre. Der er derfor enighed om at udvide ledsageordningen for unge mellem 16-18 år til også at omfatte børn og unge mellem 12-15 år.

### **Børnehuse**

Børn, der har været udsat for overgreb, er meget sårbare og har brug for den bedst mulige hjælp. I dag skal barnet ofte rundt til forskellige myndigheder – sygehusvæsen, politi, retsvæsen og sociale myndigheder – for at få hjælp og fortælle om overgrebet, hvilket kan være yderst belastende for barnet. Derfor har satspuljepartierne besluttet at afsætte midler til etablering af en landsdækkende ordning med børnehuse inspireret efter islandsk model, hvor hjælpen til barnet skal samles.

### **Efterværn**

Overgangen fra barn til myndig voksen ved det fyldte 18. år kan være meget brat for anbragte unge - særligt for de unge, som ikke har haft mulighed for at opbygge netværk via ophold i plejefamilier mv. Derfor gives unge anbragt på eget værelse ret til en kontaktperson i et år i forbindelse med overgangen til voksenlivet.

### **Psykologsamtaler til kvinder på kvindekrisecentre**

For at hjælpe kvinder på kvindekrisecentre med at bearbejde psykiske vanskeligheder som følge af voldsoplevelsen, og forbedre deres muligheder for at skabe en tilværelse uden vold i familien, er satspuljepartierne enige om at afsætte 16 mio. kr. over to år til et forsøg med tilbud om psykologsamtaler til kvinder, mens de opholder sig på kvindekrisecentre.

### **Samfundsdeltagelse og medbestemmelse for mennesker med handicap**

Satspuljepartierne er enige om at styrke indsatsen for blinde og stærkt svagsynede gennem en række konkrete initiativer, der kan understøtte målgruppens deltagelse i samfundslivet, herunder i uddannelsessystemet og på arbejdsmarkedet. Der afsættes blandt andet midler til i samarbejde med Dansk Blindesamfund at gennemføre holdningskampagne, kurser mv. Satspuljepartierne er desuden enige om, at det er vigtigt at bekæmpe fordomme og skadelig praksis over for personer med handicap gennem bevidstgørende kampagner om rettigheder for personer med handicap og en styrkelse af handicaporganisationernes arbejde med handicapkonventionen. Endelig er satspuljepartierne enige om at understøtte deltagelse og selvbestemmelse gennem udvikling og udbredelse af tilgængelige sociale teknologier.

### **Samlet strategi mod æresrelaterede konflikter**

Et stort antal nydanske unge er udsat for social kontrol, tvangsægteskab, genopdragelsesrejser eller andre former for æresrelaterede konflikter. Satspuljepartierne har derfor afsat 24 mio. kr. over fire år til en samlet strategi mod æresrelaterede konflikter. Strategiens initiativer skal forebygge æresrelaterede konflikter, hjælpe ofrene og opkvalificere de fagfolk, der har kontakten til de unge. Strategien vil blive drøftet med satspuljepartierne, inden den implementeres.

### **Rollemodeller og forældrenetværk som metoder til at forebygge ekstremisme og polarisering**

Der etableres et rollemodelkorps som skal modgå den polariserede og ekstremistiske retorik, der foregår blandt grupper af unge. Rollemodellernes indsats skal målrettes unge primært i udslningsklasserne i folkeskolerne og ungdomsuddannelserne. Der skal ligeledes videreføres et mentorkorps målrettet unge, som er sårbare over for ekstremisme. Mentorer skal arbejde målrettet med forældreinddragelse og opbygge et forældrenetværk til unge, hvor der er bekymringer for ekstremisme. Forældrene skal inddrages som en positiv ressource i kampen mod antidemokratiske holdninger og ekstremisme.

### **Kortlægning af ekstremisme**

For at kunne målrette indsatsen med forebyggelse af ekstremisme og antidemokratiske grupperinger afsættes der 6 mio. kr. i 2012 til iværksættelse af en kortlægning af disse udfordringer. Kortlægningen skal give en større viden om omfanget og karakteren af ekstremisme og antidemokratiske grupperinger og holdninger og skal medvirke til, at den forebyggende indsats målrettes til netop de områder og grupper, hvor der er konkrete udfordringer.

### **Kvalificering, dokumentation og udbredelse af en hverdagsrehabiliteringsmetode på ældreområdet**

Siden den succesfulde implementering af ”Projekt længst muligt i eget liv” i Fredericia Kommune og lignende tiltag i andre kommuner er mange af landets kommuner gået i gang med at afprøve tilsvarende metoder i deres ældrepleje. Da der imidlertid er stor variation i kommunernes indsatser, er satspuljepartierne enige om, at der fra centralt hold skal arbejdes videre med at kvalificere, dokumentere og udbrede en hverdagsrehabiliteringsmetode i kommunerne på baggrund af den aktuelt bedste viden.

Satspuljepartierne er enige om at afsætte 20 mio. kr. over to år til et initiativ, der har til formål at skabe et grundlag for, at hverdagsrehabiliteringsmetoden så vidt muligt udbredes i alle landets kommuner, for derigennem at bevirke, at ældre borgere bliver mere selvhjulpne og opnår større tilfredshed, selvstændighed og øget livskvalitet.

### **Opfølgning på Kommission om livskvalitet og selvbestemmelse i plejebolig og plejehjem**

Satspuljepartierne er enige om, at der afsættes i alt 40 mio. kr. over fire år til opfølgning på Kommission om livskvalitet og selvbestemmelse i plejebolig og plejehjem. Initiativerne skal tage udgangspunkt i Kommissionens kommende anbefalinger og sikre en højere livskvalitet og selvbestemmelse for ældre beboere i plejeboliger og plejehjem.

### **Et aktivt ældreliv – udmøntning af EU-året for aktiv aldring og solidaritet mellem generationerne**

Aftalpartierne er enige om at afsætte 10 mio. kr. i 2012 til at gennemføre EU-året for aktiv aldring og solidaritet mellem generationerne i Danmark. Gennem en lang række forskelligartede aktiviteter skal initiativet støtte en udvikling, hvor ældre mennesker får flere sunde, aktive og indholdsrige leveår i et rummeligt samfund. Formålet skal nås ved at inddrage en bred vifte af aktører, bl.a. gennem en ansøgningspulje til projekter til at støtte årets formål. Initiativet skal sætte fokus på ældre menneskers ressourcer og bidrag til samfundet samt fremme trivsel og livskvalitet. Der skal peges på værdien for både den enkelte og for samfundet af at holde sig sund og aktiv hele livet. Og der skal udvikles og afprøves nye måder til at nå et samfund, hvor ældre mennesker er sunde, aktive og ligeværdige deltagere i samfundslivet.

### **Lige muligheder for ældre borgere og svage grupper i den digitale verden**

Samfundet stiller stigende krav om digital kommunikation, som forudsætter at borgerne har adgang til og er fortrolige med brug af computere. En stor gruppe af ældre borgere og visse socialt udsatte grupper har begrænset eller slet ingen forudsætninger for at håndtere disse krav og risikerer reelt at blive demokratisk marginaliseret. Satspuljepartierne er enige om at afsætte 20 mio. kr. over fire år til en målrettet styrkelse af ældre borgeres digitale færdigheder. Samtidig afsættes 8 mio. kr. over fire år til en særlig indsats rettet mod at styrke socialt udsatte gruppers adgang til den digitale verden.

### **Støtte til frivillige organisationer mv.**

Satspuljepartierne har i lighed med tidligere år afsat midler til støtte til frivillige organisationer. Der er afsat 194,2 mio. kr. over fire år til støtte til frivillige organisationer. Af de afsatte midler går de 91,4 mio. kr. til drifts- og overgangsstøtte. Med de afsatte midler sikrer satspuljepartierne midler til at videreføre og forankre indsatsen samt de gode erfaringer hos en række frivillige organisationer. Herudover afsættes der 102,8 mio. kr. over fire år til udviklingsprojekter.

### **Børneattester**

Satspuljepartierne er enige om at afsætte 0,6 mio. kr. årligt til udvidelse af persongruppen mv., der er omfattet af børneattester. Den nærmere udmøntning drøftes med kulturministeren.

### **Herudover er der indgået aftale om følgende initiativer:**

- Isolerede sindslidende i egen bolig
- Væk med volden
- Undersøgelse af indsatsen på mandekrisecentre
- Flere udsatteråd i kommunerne
- Forskningsmidler til Rådet for Socialt Udsatte
- Omdannelse af halvåbne afdelinger til sædelighedsafdelinger
- Legepladser i fængsler
- PAS (Post Adoption Services)
- Sociale teknologier til mennesker med funktionsnedsættelser
- Viden om mennesker med handicap, herunder handicappede med anden etnisk baggrund
- Midlertidig driftsstøtte til Robobrilie
- Opdatering af SFI's ældredatabase
- Indsats i forhold til traumatiserede flygtningefamilier
- Dialog, medborgerskab og etnisk ligestilling
- Uddannelsespulje for frivillige inden for det sociale og sundhedsmæssige område
- Styrkelse af ankesystemet

### **Udsatte grønlandere**

Satspuljepartierne er enige om at udsatte grønlandere udgør en særlig gruppe og det aftales derfor at drøfte den fremadrettede indsats over for udsatte grønlandere og deres børn til forhandlingerne om satspuljen for 2013, med henblik på at udarbejde en samlet strategi for området.

### **Center for Boligsocial Udvikling**

Satspuljepartierne er enige om, at der også i fremtiden vil være behov for den dokumentation og viden om boligsociale indsatser, som CFBU har til formål at indsamle, producere og formidle. Satspuljepartierne er enige om til næste år at drøfte Center for Boligsocial Udvikling med henblik på at sikre fremtidig finansiering.

### **Statusmøde i juni 2012**

Satspuljepartierne mødes i juni 2012 med henblik på en status for udmøntningen af aftalen for 2012.





# FORELØBIG AFTALE OM SATSPULJEN FOR 2012 PÅ DET SOCIALE OMRÅDE (14.11.2011)

**Partierne bag satspuljen er enige om, hvordan pengene for 2012 skal fordeles på det sociale område. Aftalen omfatter blandt andet 194 mio. kr. til de frivillige organisationer.**

Partierne bag satspuljen er enige om, hvordan pengene for 2012 skal fordeles på det sociale område. Aftalen omfatter blandt andet 194 mio. kr. til de frivillige organisationer.

Der er indgået en aftale om satspuljen for 2012 på det sociale område. Partierne bag aftalen er Venstre, Socialdemokraterne, Dansk Folkeparti, Det Radikale Venstre, Socialistisk Folkeparti, Liberal Alliance og Det Konservative Folkeparti. Partierne er enige om udmøntningen af mere end 1,8 mia. kr. over de næste fire år i satspuljen for 2012.

Der er afsat 146 mio. kr. til en målrettet indsats for at bekæmpe fattigdom og hjælpe socialt udsatte. Indsatsen omfatter blandt andet frivillig gældsrådgivning, forsøg med psykologsamtaler til kvinder på krisecentre, penge til julehjælp, penge til den boligsociale indsats og penge til reduktion af udsættelsen af lejere.

Partierne er enige om at afsætte i alt 93 mio. kr. på ældreområdet. Heraf bruges der 40 mio. kr. til opfølgende arbejde på Ældrekommissionens anbefalinger. 20 mio. kr. anvendes til at udbrede erfaringerne med at rehabilitere ældre i deres hverdag – målet er længst muligt i eget liv. Der afsættes også 20 mio. kr. til at gøre ældre borgere fortrolige med at bruge internet, NemID og anden digital kommunikation.

På området for udsatte børn er der blandt andet afsat 35 mio. kr. til efterværn, så tidligere anbragte unge kan få hjælp til at komme i gang med en tilværelse som voksen. Et andet initiativ for at hjælpe udsatte børn og unge er "Handlekraftig Indsats", her er der afsat 84 mio. kr. Initiativet omfatter blandt andet ny lovgivning, som giver de sociale myndigheder bedre adgang til lukkede familier, der har behov for hjælp, men som modsætter sig samarbejde med myndighederne. Kommunerne forpligtes samtidig til at sende alle sagsakter videre, når en udsat familie flytter til en ny kommune. Folketingets ombudsmand får udvidede kompetencer på børneområdet.

De frivillige organisationer støttes med over 194 mio. kr. de kommende fire år. Foreningen Grønlandske Børn støttes fremover permanent med seks mio. kr. årligt fra 2013. Det grønlandske hus i Aalborg får en permanent bevilling fra 2012 på en halv million kroner årligt. Gadejuristen får også en permanent bevilling, i 2012 er den på to mio. kr. herefter på 2,5 mio. kr. årligt.

Satspuljepartierne har også prioriteret bedre hjælp til mennesker, der lider af senfølger af seksuelle overgreb. Der afsættes 67 mio. kr., pengene skal blandt andet bruges til tre regionale centre, som skal koordinere hjælpen. Samtidig videreføres den eksisterende psykologordning til mennesker med senfølger af seksuelle overgreb.

Der afsættes 131 mio. kr. til startboliger – en ny type boliger for udsatte unge, der har brug for hjælp til at komme i gang med en tilværelse som voksen.

På integrationsområdet er det aftalt at bruge 16 mio. kr. til at hjælpe traumatiserede flygtningefamilier, og der er afsat seks mio. kr. til en kortlægning af ekstremisme. I alt er der afsat 74 mio. kr. over de næste fire år på området.

På handicapområdet er der afsat 470 mio. kr. de næste fire år. Pengene skal primært anvendes til at hæve loftet over tabt arbejdsfortjeneste til forældre, der passer et handicappet eller sygt barn hjemme, i alt ca. 395 mio. kr. Loftet hæves til 27.500 kr. om måneden. Der afsættes også 20 mio. kr. til social teknologi for mennesker med handicap.

Aftalen er ikke endelig, inden der er bekræftet en samlet satspuljeaftale som led i de centrale finanslovsforhandlinger.



Nr.	Mio. kr. 2012-pl	2012	2013	2014	2015	I alt
<b>Psykiatri</b>						
1	Landsdækkende behandlings- og rådgivningsindsats til mennesker med senfølger af seksuelle overgreb	25,0	4,0	21,9	16,1	67,0
2	Isolerede sindslidende i egen bolig	4,0		4,0		8,0
<b>I alt Psykiatri</b>		29,0	4,0	25,9	16,1	75,0
<b>Udsatte grupper</b>						
3	Målrettet indsats til bekæmpelse af fattigdom og social udsathed	43,5	36,5	25,0	25,0	130,0
4	Digitalisering til udsatte grupper	4,0		2,0	2,0	8,0
5	Exit prostitution	20,2	5,2	10,3	10,3	46,0
6	Væk med volden	13,0	14,0	12,0	10,0	49,0
7	Psykologhjælp på kvindekrisecentre	8,0	8,0			16,0
8	Akut krisefunktion	6,0	6,0	6,0	6,0	24,0
9	Undersøgelse af indsatsen på mandekrisecentre	0,5	0,8			1,3
10	Flere udsatteråd i kommunerne	3,0				3,0
11	Rådet for Socialt Udsatte - midler til forskning mv.	2,0				2,0
12	Omdannelse af halvåbne afdelinger til sædelighedsafdelinger	4,3	2,3	2,3	2,3	11,2
13	God løsladelse	1,3	1,3	0,7	0,7	4,0
14	Legepladser i fængsler	1,0				1,0
15	Øget uddannelse af indsatte	14,0	36,0	36,0	36,0	122,0
<b>I alt Udsatte grupper</b>		120,8	110,1	94,3	92,3	417,5
<b>Udsatte børn og unge</b>						
16	Handlekraftig indsats	28,1	18,6	19,2	18,2	84,1
17	Efterværn	5,0	10,0	10,0	10,0	35,0
18	PAS (Post Adoption Services)	5,0				5,0
19	Børnehuse	5,0	10,0	10,0	10,0	35,0
20	Forebyggelsesstrategi	30,0	20,0	25,0	25,0	100,0
21	Børneattester	0,6	0,6	0,6	0,6	2,4
22	Startboliger	49,2	39	39	4	131,2
<b>I alt Udsatte børn og unge</b>		122,9	98,2	103,8	67,8	392,7
<b>Handicappede</b>						
23	Forhøjelse af ydelsesloftet for tabt arbejdsfortjeneste	35,6	102,4	122,2	135,4	395,6
24	Sociale teknologier for mennesker med funktionsnedsættelser - fra potentiale til gevinst	5,0	5,0	5,0	5,0	20,0
25	Deltagelse og medbestemmelse for mennesker med handicap	5,0	4,0			9,0
26	Forslag til lov om ledsagelse til 12-15-årige med nedsat funktionsevne	5,7	5,4	5,4	5,4	21,9
27	Viden om mennesker med handicap	10,8	5,0	3,7		19,5
28	Midlertidig driftsstøtte til RoBo Braille	2,0	2,0			4,0
<b>I alt Handicappede</b>		64,1	123,8	136,3	145,8	470,0
<b>Ældre</b>						
29	Hverdagsrehabilitering	10,0	10,0			20,0
30	Digitalisering til ældre	10,0	0,0	10,0	0,0	20,0
31	Opfølgning på kommission om livskvalitet og selvbestemmelse	10,0	10,0	10,0	10,0	40,0
32	Et aktivt ældreliv - udmøntning af EU-året	10,0				10,0
33	Opdatering af SFIs ældredatabase	3,0				3,0
<b>I alt Ældre</b>		43,0	20,0	20,0	10,0	93,0
<b>Integration</b>						
34	National strategi mod tvangsægteskaber og lignende undertrykkelse	7,0	7,0	5,0	5,0	24,0
35	Dialog, medborgerskab og etnisk ligebehandling	5,0	5,0	5,0	5,0	20,0
36	Indsats i forhold til traumatiserede flygtningefamilier	4,0	4,0	4,0	4,0	16,0
37	Rollemodeller og forældrenetværk som metoder til at forebygge ekstremisme og polarisering	2,0	2,0	2,0	2,0	8,0
38	Kortlægning af ekstremisme	6,0				6,0
<b>I alt Integration</b>		24,0	18,0	16,0	16,0	74,0
<b>Øvrige</b>						
39	Støtte til frivillige organisationer - Heraf udviklingspulje	121,3 101,5	41,2 0,0	16,4 1,2	15,3 0,1	194,2 102,8
40	Uddannelsespulje for frivillige inden for det sociale og sundhedsmæssige område	12,0	12,0			24,0
41	Styrkelse af ankesystemet	5,0				5,0
	Efterreguleringer	25,9	25,8	23,4	22,6	97,7
<b>I alt Øvrige</b>		164,2	79,0	39,8	37,9	320,9
<b>Ramme til forhandling i Social- og Integrationsministeriet</b>		<b>474,7</b>	<b>449,1</b>	<b>428,1</b>	<b>385,9</b>	<b>1.737,8</b>
Yderligere omprioriteringer		93,3	4,0	8,0		105,3
<b>Samlet beløb til forhandling i Social- og Integrationsministeriet</b>		<b>568,0</b>	<b>453,1</b>	<b>436,1</b>	<b>385,9</b>	<b>1.843,1</b>
<b>Forslag i alt</b>		<b>568,0</b>	<b>453,1</b>	<b>436,1</b>	<b>385,9</b>	<b>1.843,1</b>
Balance		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0





31-05-2011

Sag nr. 08/2238

Dokumentnr. 23687/11

Rikke Rønne

Tel. 35298180

E-mail: rro@regioner.dk

### **Regionale initiativer, som understøtter det af Lønkommissionen anbefalede serviceeftersyn**

Overordnet set har det serviceeftersyn, som Lønkommissionen anbefalede i sin redegørelse, til formål at bidrage til fremtidssikring og fornyelse i hele den offentlige sektor med respekt for den offentlige sektors grundlæggende præmisser, formål og værdier. Målet er samtidig at øge arbejdsglæde, engagement og udfoldelsesmuligheder for den enkelte ansatte til gavn for den offentlige sektors effektivitet, opgaver og borgere.

Ved overenskomstforhandlingerne i 2011 er der aftalt en række projekter, som blandt andet har fokus på arbejdstilrettelæggelse, deltidskulturen i regionerne og regelforenklning, og som bidrager til gennemførelsen af det serviceeftersyn, som Lønkommissionen har anbefalet. De nye projekter skal supplere de initiativer, der er sat i gang på det regionale område og som allerede understøtter det anbefalede serviceeftersyn.

De enkelte projekter og initiativer er beskrevet i kort form i notatet.

#### *Forskningsprojekt om deltidsarbejde.*

Parterne har aftalt, at i overenskomstperioden at undersøge omfanget af deltidsbeskæftigelse og årsagen til de mange deltidsansatte i regionerne. Projektet skal give mere end et statistisk overblik, idet projektet også skal omfatte en analyse af det reelle omfang af ansatte på deltid og årsagen hertil samt om der er forskelle som følge af forskellige arbejdsforhold – døgn/dag mv.

Som led i projektet skal parterne vurdere, hvilke incitamenter, der kan iværksættes eller benyttes for at øge andelen af fuldtidsbeskæftigede i regionerne og timetallet for de deltidsansatte.

*Medbestemmelses- og medindflydelsessystemet forenkles og afbureaukratiseres.*

Side 2

Parterne har aftalt en revision af MED-aftalen. Denne betyder, at MED-systemet forenkles og afbureaukratiseres, og at MED-udvalgene i de enkelte regioner får færre centralt aftalte forpligtigelser og større lokalt handle- rum. Baggrunden herfor er i højere grad end hidtil at give de enkelte MED-udvalg mulighed for at sætte fokus på de emner, som giver mening lokalt, sådan at de ikke hvert år skal igennem emner, som ikke findes relevante.

Forenklingen og afbureaukratiseringen af MED-systemet har sammenhæng til den del af serviceeftersynet som omhandler ledelsesrum, samarbejde og medindflydelse.

#### *Det kønsopdelte arbejdsmarked*

På Sundhedskartellets område er der i forbindelse med OK-11 aftalt et projekt om det kønsopdelte arbejdsmarked. Det er i den forbindelse aftalt, at Danske Regioner og Sundhedskartellet i perioden vil drøfte, hvilke initiativer, der kan iværksættes for at bløde op på kønsopdelingen på det danske arbejdsmarked, herunder i forhold til en mere ligelig ledelsesrekruttering på det regionale område. Parterne kan i forbindelse med drøftelserne beslutte at inddrage eller iværksætte undersøgelser om udvalgte problemstillinger, fx om kvinders valg af job og fag, arbejdspladskultur og samfundskultur, vilkår for ansættelse mv.

Projektet har direkte sammenhæng med den del af Lønkommissionens serviceeftersyn, som omhandler Køn, kønsopdelt arbejdsmarked og ligeløn i den offentlige sektor.

#### *Fokus på hensigtsmæssig arbejdstilrettelæggelse*

Det er med Foreningen af Speciallæger (FAS) hhv. Yngre Læger aftalt, at gennemføre to sideløbende projekter om hensigtsmæssig arbejdstilrettelæggelse. Projekterne skal være afsluttet inden udgangen af februar 2012. Projekterne skal belyse eventuelle problemer og løsninger i forhold til arbejdstilrettelæggelsen for overlæger hhv. underordnede læger.

På baggrund af projekternes resultater forpligter parterne sig gensidigt i forbindelse med OK-13 til at foretage de nødvendige tilpasninger i overenskomsterne for at imødegå fremtidige udfordringer i sundhedsvæsenet.

#### *Forsøgsordning vedr. modernisering af aftaleretten for lokal løndannelse*

Der er ved OK-11 aftalt en forsøgsordning med FAS vedr. modernisering af aftaleretten for lokal løndannelse. Konkret er det aftalt, at parterne iværksætter en forsøgsordning om individuel aftaleret på den lokale løndannelse. Ordningen betyder, at den enkelte overlæge inden for rammerne om lokal løndannelse selv får ret til at aftale sin løn med nærmeste chef.

#### *Harmonisering og forenkling*

I forbindelse med OK-11 og den efterfølgende redigeringsfase har der været særligt fokus på at harmonisere og forenkle opbygningen af overenskomster og aftaler om lokal løndannelse, overenskomstbestemmelser i øvrigt samt ensarte de arbejdstidsregler som gælder for faggrupper, som arbejder sammen, bl.a. er det lykkedes at samle to halve firdage til en fridag. Dette er der fokus på for at gøre reglerne så enkle at administrere efter for regionerne som muligt.

#### *Selvstændig regional reguleringsordning*

Det har ved OK-11 været et markant krav at få en selvstændig regional reguleringsordning. Dette har været væsentligt, idet den fælles reguleringsordning set fra en regional arbejdsgivervinkel har haft vidtrækkende implikationer for den regionale handlefrihed og mulighed for at markere en regional arbejdsgiverprofil.

En central begrundelse for kravet er regionernes behov for at kunne agere på et konkurrenceudsat arbejdsmarked, men også muligheden for at føre en aktiv lønpolitik/styring, hvor det udnyttes at passive lønmidler kan gøres aktive. Ved at have en fælles kommunal/regional reguleringsordning er dette ikke muligt.

Der blev ikke umiddelbart opnået enighed om at aftale en selvstændig regional reguleringsordning, men såfremt der ved OK-13 aftales en reguleringsordning, så vil det være i form af en selvstændig regional ordning.

#### *Minitopmøder*

Allerede i efteråret 2009 afholdt Danske Regioner det første af en række minitopmøder. Deltagerne var politiske og sekretariatsfolk fra Danske Regioner samt fra en række af de større faglige organisationer, som er hovedaktører på det regionale område. Fokus på minitopmødet har været at skabe en fælles platform for at løse de udfordringer, som det offentlige sundhedsvæsen står overfor på kort og langt sigt, og som alle giver et øget pres på indsatsen for at rekruttere og fastholde kvalificeret personale i sundhedsvæsenet.

Det overordnede mål med minitopmøderne har været og er fortsat - i et partnerskab med organisationerne - at arbejde for at udvikle fremtidens attraktive arbejdspladser i det offentlige sundhedsvæsen. Sagt ved hjælp af Lønkommissionens terminologi betyder dette, at målet med minitopmøderne er at lave et fælles serviceeftersyn af sundhedsvæsenet.

Som et resultat af minitopmøderne har Danske Regioner og ti faglige organisationer i fællesskab udformet syv pejlemærker for et fornyet samarbejde om fremtidens offentlige sundhedsvæsen. De syv pejlemærker, som parterne er enige om, er:

1. Synliggørelse af sundhedsvæsenets attraktive arbejdspladser
2. Gode og udviklende rammer for ledelse
3. Effektiv administration og relevant dataindsamling
4. Nyt lønsystem tilpasset fremtidens sundhedsvæsen
5. Det samlede arbejdsudbud skal øges
6. Fremme den mest effektive anvendelse af medarbejdernes ressourcer
7. Styring, der giver mening





28-05-2010

Sag nr. 08/2238

Dokumentnr. 41119/11

Rikke Rønne

Tel. 35298180

E-mail: Rro@regioner.dk

## Lønkommissionens anbefaling til serviceeftersynet

### *Serviceeftersyn i den offentlige sektor*

*Lønkommissionen opfordrer derfor til, at der gennemføres et serviceeftersyn inden for – og på relevante områder på tværs af – staten, kommuner og regioner. Formålet skal være at bidrage til fremtidssikring og fornyelse i hele den offentlige sektor med respekt for den offentlige sektors grundlæggende præmisser, formål og værdier. Målet er samtidig at øge arbejdsglæde,*

*engagement og udfoldelsesmuligheder for den enkelte medarbejder, leder, institution og virksomhed til gavn for den offentlige sektors effektivitet, opgaver, borgere og brugere.*

*Lønkommissionen er i den forbindelse enige om en række principper:*

- *Nærhedsprincip, der indebærer, at beslutningskompetence placeres så decentralt som muligt for derved at fremme enkelhed, gennemskuelighed, omstillingsevne, innovation, udvikling og attraktive arbejdspladser.*
- *Lighedsprincip, der indebærer, at mænd og kvinder behandles lige for så vidt angår arbejdsvilkår, herunder løn.*
- *Præstationsprincip, der indebærer, at det kan betale sig at yde ekstra i form af arbejdsindsats, uddannelse, kompetence, tværfagligt samarbejde og ledelse.*
- *Effektivitets- og kvalitetsprincip, der indebærer et fokus på opgaveløsning med henblik på at frigøre ressourcer i form af tid, kompetencer og økonomi.*

*Disse principper angiver efter Lønkommissionens opfattelse hver for sig og tilsammen retning for de problemstillinger, der efter kommissionens opfattelse bør undergives et eftersyn.*

*En række af de problemer, som Lønkommissionen har afdækket, er helt eller delvist reguleret af arbejdsgivere og lønmodtagerorganisationer igennem aftaler, overenskomster og kutymer mv. Men problemerne omkring det kønsopdelte arbejdsmarked og om administrativ regulering, styring og dokumentationskrav i den offentlige sektor kan kun løses i et bredere perspektiv.*

*De beskrevne problemer antager samtidigt forskellige former og forskelligt omfang på de forskellige områder i den offentlige sektor og må derfor også adresseres konkret på de enkelte områder ved en gennemgang af de rammer, der er lagt for de pågældende områder og arbejdspladser.*

*Et bredt forankret serviceeftersyn, der skal nå ud til alle den offentlige sektors mange og forskelligartede institutioner og myndigheder, og bidrage til at gøre den offentlige sektor mere fleksibel til gavn for medarbejdere, ledere, borgere og brugere, må derfor omfatte den offentlige sektors interesser på alle niveauer. Det kan ikke gennemføres som ét samlet eftersyn og ansvaret kan ikke placeres ét sted – der er brug for et længere træk på alle niveauer.*

*Kun hvis såvel overordnede myndigheder, stat, regioner og kommuner som faglige fællesskaber, hovedorganisationer, arbejdsgiver- og forhandlingsberettigede personaleorganisationer og lokale tillidsfolk, ledere i institutioner og den enkelte medarbejder medvirker til fornyelsen af den offentlige sektor, vil afgørende resultater kunne nås.*

*Lønkommissionens opfordring gælder derfor flere aktører.*

- 1. Arbejdsgivere og lønmodtagerorganisationer i staten, kommuner og regioner opfordres som direkte modtagere af kommissionens redegørelse til at gennemføre serviceeftersyn vedrørende såvel deres aftaler, overenskomster og forhandlingsystemer som uformelle rutiner og adfærdsnormer.*

*Eftersynet bør omfatte:*

- Lønssystemer og løndannelse, centralt og lokalt*
- Lige løn mellem mænd og kvinder for samme arbejde eller for arbejde, der tillægges samme værdi*
- Arbejdstid*
- Arbejdstilrettelæggelse*
- Faggrænser*
- Kompetenceudvikling*

- Arbejdsmiljø
- Ledelsesrum, samarbejde og medindflydelse

2. *Lønkommissionen opfordrer endvidere alle relevante organisationer, myndigheder og institutioner mv. til at drøfte initiativer, der kan modvirke det kønsopdelte arbejdsmarked og bidrage til at skabe en mere hensigtsmæssig balance, herunder forhold vedrørende rekruttering, karrieremønstre og uddannelses- og erhvervsvalg samt forhold af betydning for lige vilkår for kvinder og mænd. Herunder vil det være naturligt, at drøftelserne tager udgangspunkt i de konkrete udfordringer inden for de enkelte sektorer henholdsvis fagområder.*
3. *Tillige opfordrer Lønkommissionen myndigheder i staten, kommuner og regioner til at foretage et serviceeftersyn af deres administrative regulering, styring og dokumentationskrav med henblik på at understøtte en fleksibel udvikling af den offentlige sektor.*
4. *Endelig opfordrer Lønkommissionen overenskomstparterne til fremadrettet som grundlag for lønsammenligninger på tværs af sektorer at benytte fortjenesten pr. præsteret time samt den standardberegnete timefortjeneste, ligesom kommissionen opfordrer Danmarks Statistik til at anvende fortjenesten pr. præsteret time og den standardberegnete timefortjeneste i den nationale lønstatistik.*



# Kvalitet i psykiatrien

## – ny dagsorden for diagnostik og behandling

---

### Indhold

1. Indledning.....	2
2. En bedre diagnostik.....	4
3. Ensartet udredning og behandling.....	7
4. Øget middellevetid.....	11
Bilag 1: Oversigt over anbefalinger.....	15
Bilag 2: Oversigt over kvalitetsindikatorer.....	23
Bilag 3: Gennemgang af diagnoseområder (ICD-10) i forhold til pakker.....	26

## 1. Indledning

Regionerne har lanceret en ny kvalitetsdagsorden for sundhedsvæsenet, hvor opgaven fremadrettet bliver, at skabe mest mulig sundhed for pengene ved at fokusere på, hvor effekten er størst. Kvalitetsbegrebet omfatter således ikke alene den kliniske effekt af en given behandling, men evnen til at sikre et samlet behandlingstilbud af ensartet, høj kvalitet.

Den nye kvalitetsstyringsmodel for sundhedsvæsenet er baseret på et sæt fælles overordnede værdier, der supplerer og understøtter hinanden. Værdierne skal sikre, at vi dels lever op til borgernes forventninger til et sundhedsvæsen præget af inddragelse og kvalitet, dels indfrier borgernes forventninger om effektiv resourceanvendelse.

---

### Fakta boks 1: Regionernes kvalitetsstyringsmodel

- Effekt: Patienterne skal have den behandling, der virker bedst
- Patientfokus: Patienten og de pårørende skal være i fokus og inddrages
- Patientsikkerhed: Behandlingen skal være sikker for patienterne
- Lighed: Der skal være lighed i pleje og behandling for alle borgere
- Rettidighed: Behandlingen skal foregå til rette tid
- Omkostningseffektivitet: Vi skal have mest mulig sundhed for pengene

Psykiatrien står overfor en række store udfordringer de kommende år. For det første kan der på tværs af landet konstateres uforklarlige forskelle i diagnostik, ligesom der mangler retningslinjer for behandlingen af de enkelte diagnoser. Hertil kommer, at psykisk syge i gennemsnit lever 20 år kortere end gennemsnitsdanskeren. Det betyder, at kvaliteten kan forbedres. For det andet ved vi, at mange har en både udiagnostiseret og ubehandlet psykisk sygdom med store menneskelige og velfærdsøkonomiske konsekvenser til følge. Den betydelige underbehandling sætter behandlingskapaciteten under pres. For det tredje er der udsigt til en meget afdæmpet offentlig udgiftsudvikling de kommende år, ligesom der ifølge Sundhedsstyrelsens lægeprognoser er udsigt til speciallægemangel i psykiatrien frem til 2025. Det betyder, at ressourcerne i psykiatrien vil være under stadigt pres.

Regionerne afholdt i januar 2011 "Psykiatriens topmøde", hvortil en lang række centrale aktører indenfor psykiatrien og aktører med tætte relationer til psykiatrien var samlet. Et gennemgående træk ved topmødets konklusioner var et udtalt ønske om, at kvaliteten løftes, og at der påbegyndes et fagligt arbejde med at sikre større ensartethed i behandlingen af de store psykiske sygdomme fx gennem indførelse af pakkeforløb.

Danske Regioners benchmarkingrapport fra marts 2011 har påvist store og uforklarlige forskelle indenfor psykiatrien på tværs af landet. Dels påvistes store diagnostiske forskelle, dels påvistes betydelig variation i resourceforbruget. Hertil kom, at organiseringen og fordelingen af stationær og ambulant behandling var meget forskellig.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Danske Regioner. Benchmarking af psykiatrien. Marts 2011

Derfor har regionerne besluttet sig for at igangsætte et kvalitetsudviklingsprojekt i psykiatrien, hvis overordnede formål er at højne kvaliteten i den behandlingsindsats, som udgår fra psykiatrien.

Følgende 5 målsætninger danner udgangspunkt for det fælles kvalitetsarbejde, der præsenteres i nærværende rapport:

- 1. Vi skal være bedre til at stille den korrekte diagnose**
- 2. Vi skal organisere udredning og behandling mere effektivt**
- 3. Vi skal sikre en standardiseret behandling af høj kvalitet**
- 4. Vi skal øge middellevetiden for mennesker med psykisk sygdom**
- 5. Vi skal lade os måle på kvaliteten**

Det er ambitiøse mål og kræver, at alle regioner går ind i kvalitetsarbejdet med ønsket om at ændre i nuværende rutiner og klinisk praksis. Det forpligter endvidere regionerne til at have et vedholdende fokus på processen og den løbende monitorering af indhøstede resultater.

Rapporten er inddelt i tre fokusområder: En bedre diagnostik (afsnit 2), Ensartet udredning og behandling (afsnit 3) og Øget middellevetid (afsnit 4).

Målet om, at vi skal være bedre til at stille korrekte diagnose, handler om at reducere de uforklarlige forskelle i diagnosefordelingen på tværs af regionerne, dvs. øge den diagnostiske reliabilitet. Der præsenteres i afsnit 2 en række konkrete anbefalinger til styrkelse af de diagnostiske kompetencer gennem uddannelse og vedligeholdelse af færdigheder, og forslag til styrkelse af de diagnostiske instrumenter.

En af rapportens væsentligste anbefalinger er et forslag til, hvordan der kan indføres pakkeforløb i psykiatrien. Dette vil være med til at sikre en mere effektiv udredning og behandling af patienterne og en standardiseret behandling af høj kvalitet, ved gennem pakkeforløbene, at indføre standarder for klinisk praksis. Under overskriften ensartet udredning og behandling præsenteres i afsnit 3 en model for indførelse af pakkeforløb.

Den forventede levetid er som nævnt 20 år kortere for psykiatriske patienter end for almenbefolkningen. Mens 40 % af overdødeligheden kan tilskrives eksterne årsager (primært selvmord), skyldes 60 % somatiske sygdomme. Skal middellevetid for mennesker med psykiske sygdomme øges, er der behov for at sikre psykiatriske patienter en bedre somatisk udredning og behandling, end tilfældet er i dag. Herudover skal der naturligvis sættes ind med forebyggelse af de livsstilsrelaterede sygdomme, som mange psykisk syge lever med. I afsnit 4 præsenteres en række konkrete anbefalinger til en sådan indsats.

Når psykiatrien i højere grad skal fokusere på kvalitet, og de resultater, der skabes for patienterne, opstår der et behov for i øget omfang at måle på, om de ønskede resultater opnås. Der findes i dag allerede en lang række kvalitetsdata i psykiatrien, men der eksisterer ikke nogen samlet præsentation af eksisterende kvalitetsdata. Der er brug for en systematisk monitorering af kvaliteten i psykiatrien både regionalt og på landsplan. Der er derfor igennem rapporten oplyst en række forslag til konkrete kvalitetsindikatorer, der kan indgå i en systematisk monitorering og opfølgning på de anbefalede initiativer (oplyst a, b, c osv.). Indikatorerne er baseret på eksisterende data og vil relativt nemt kunne formidles. Det anbefales, at data

formidles i en kort oversigtlig form en gang om året, dog således at data, der indsamles i fx landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelser og lign., følger de nuværende kadencer.

Rapporten indeholder til sidst en uddybning af samtlige anbefalinger, der præsenteres i løbet af rapporten (bilag 1), en teknisk gennemgang af de foreslåede kvalitetsindikatorer (bilag 2) og en gennemgang af mulighederne for indførelse af pakkeforløb indenfor de enkelte diagnosegrupper (bilag 3).

Rapporten er ikke en handleplan for psykiatrien, men et oplæg til konkrete initiativer inden for de tre udvalgte områder. Der er bevidst anbefalet initiativer, som regionerne selv og umiddelbart kan realisere.

I rapporten anvendes begrebet psykiatri om begge specialer (psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri). I de tilfælde, hvor der er behov for at sondre mellem de to specialer, fx i forbindelse med pakkeforløb, vil dette fremgå eksplicit.

Rapporten er udarbejdet med bidrag fra en række tværfaglige og tværregionale arbejdsgrupper, der i august-september 2011 har givet anbefalinger i forhold til de 5 målsætninger og dermed bidraget med input til den samlede rapport. Der har under udarbejdelse af rapporten endvidere været dialog med de faglige selskaber (Dansk Psykiatrisk Selskab, Børne- og ungdomspsykiatrisk Selskab, Selskab for sygeplejersker i Psykiatrien og Dansk Psykolog Forenings Selskab for Psykologisk Psykiatri). Styregruppen for projektet er de lægelige direktører fra regionernes psykiatrier.

## 2. En bedre diagnostik

Den rette diagnose er en forudsætning for, at patienterne får den rette behandling. Udredning og diagnosticering af den enkelte patient er derfor helt central for at kunne sikre behandling af høj kvalitet.

Patienten bør udredes så tidligt som muligt. Mange endagsindlæggelser kan betyde mange hurtige og ukyndige diagnosticeringer, risiko for fejl i diagnosticering og dermed i den efterfølgende behandling. Det er vigtigt, at starte med en bred screening for at identificere alle psykiske symptomer og ikke blot fokusere på enkelte aktuelt fremtrædende symptomer. Dermed sikres en korrekt diagnose, der sammen med eventuelle andre fx somatiske diagnoser, kan give et samlet sygdomsbillede.

Danske Regioners benchmarking fra januar 2011 viser, at der er relativt store forskelle i diagnosefordelingen på tværs af regionerne. Regionale erfaringer viser ifølge rapporten, at der ligeledes er forskelle i diagnosefordelingen inden for den enkelte region. Sådanne forskelle er efter al sandsynlighed hverken udtryk for tilfældigheder eller reelle forskelle i borgernes sygelighed. Alt taler for, at der i højere grad er tale om forskellig diagnostisk tradition på tværs af landet og forskelle i snitflader mellem primærsektor og sekundærsektor.



---

## Fakta boks 2: Danske Regioners benchmarking fra januar 2011

- 24 procent af patienterne i Hovedstaden har skizofreni mod kun 16 og 17 procent i henholdsvis Syddanmark og Midtjylland.
- 29 procent af alle patienter i Midtjylland har en affektiv lidelse mod kun 20 procent i Hovedstaden.
- Region Sjælland har en større andel af patienter med en nervøse eller stressrelateret lidelse end de øvrige regioner.
- Region Syddanmark og Region Nordjylland har forholdsvis mange patienter med organiske psykiske lidelser (herunder demens).

Diagnosen stilles af en læge på baggrund af klinisk vurdering (ved brug af diagnostiske instrumenter), sygehistorie (anamnese) og øvrige observationer med involvering af andre faggrupper, som fx specialuddannede sygeplejersker og psykologer. Samlet betegnes dette den diagnostiske proces.

Siden 1996 har sygeplejersker kunne tage en 1-årig videreuddannelse til specialsygeplejerske i psykiatrisk sygepleje med det formål, at løfte kvaliteten i den psykiatriske sygepleje samt sikre den nødvendige fastholdelse og rekruttering af kvalificeret arbejdskraft til området.

For at styrke psykologernes bidrag iværksættes fra 2012 en ny 4-årig specialuddannelse for psykologer ansat i psykiatrien. Med uddannelse styrkes de praktiske psykopatologiske kliniske færdigheder med henblik på, at specialpsykologerne bl.a. kan varetage klinisk psykopatologisk undersøgelses-, behandlings- og forløbsplaner samt varetage psykopatologisk diagnostisk udredning.

Udredningen baseres i høj grad på den psykopatologiske kompetence – dvs. beskrivelse og karakteristik af de symptomer, der afgrænser og kendetegner psykiske sygdomme. Et vigtigt screeningsinstrument i udredningsarbejdet er det semistrukturerede interview. I (voksen)psykiatrien anvendes instrumentet PSE (Present State Examination) og i børne- og ungdomspsykiatrien anvendes K-SADS (Kiddie-Sads-Present) og DAWBA (Development and Well-Being Assessment). Det er imidlertid vurderingen, at de ikke anvendes i tilstrækkeligt omfang og at de ikke altid anvendes korrekt.

### Anbefalinger

Alle patienter skal ved mistanke om alvorlig psykisk lidelse som hovedregel udredes ved hjælp af semistrukturerede interviews som en bred screening. Herudover er der behov for en grundig sygehistorie (anamnese) og en funktionsvurdering. Ved behov anvendes herefter relevante diagnosespecifikke instrumenter, med henblik på en mere detaljeret symptomafdækning, for at kunne afgøre sværhedsgrad af den psykiatriske tilstand. Denne målsætning er udgangspunktet for anbefalingerne nedenfor.

Der er behov for mere uddannelse i diagnosticering. Det er endvidere vigtigt, at afdelingerne forpligtes til i langt højere grad at understøtte uddannelsen i psykopatologiske kompetencer og sikre vedligeholdelse af kompetencerne i klinisk praksis.

Der er behov for at skærpe kravene til vedligeholdelse af lægernes kompetencer i anvendelse af de diagnostiske instrumenter. Dette kunne fx ske gennem fælles obligatorisk efteruddannelse. Dét at skabe fælles efteruddannelseskurser, kan i sig selv være med til at bidrage til en mere ensartet diagnosticering på tværs af regionerne.

De konkrete anbefalinger nedenfor kan opdeles i forslag til, hvordan den psykopatologiske kompetence styrkes gennem uddannelse og vedligeholdelse af færdigheder, og forslag til hvordan vi kan forbedre de diagnostiske instrumenter.

Konkrete anbefalinger (for nærmere beskrivelse af de enkelte anbefalinger se bilag 1):

1. Speciallægeuddannelsen i psykiatri og specialuddannelsen for sygeplejersker i psykiatri skal styrkes indenfor psykopatologi og diagnostik:
  - Den teoretiske del af specialuddannelserne skal sikre mere viden om psykopatologi, den diagnostiske proces og de diagnostiske instrumenter.
  - Den teoretiske del af specialuddannelserne skal sikre mere viden om udredning, diagnostik og behandling af somatisk sygdom blandt psykisk syge.
2. Psykiatriens personale skal løbende efteruddannes i psykopatologi og diagnostik ved:
  - Fælles obligatorisk og tilbagevendende efteruddannelse i psykopatologi, den diagnostiske proces og de diagnostiske instrumenter.
  - Lokale initiativer for primært læger, specialpsykologer og specialsygeplejersker til at følge en erfaren kollega i afviklingen af diagnostiske interviews (*bed side teaching*), og
  - Tværgående initiativer til at sammenholde egne diagnostiske konklusioner med andre kollegers (*samrating*).
3. Den diagnostiske udredning skal understøttes ved:
  - Udarbejdelse af en elektronisk ordbog med definition af psykopatologiske termers betydning
  - Udarbejdelse af en kort elektronisk manual med oversigt over de anvendte instrumenter
  - Indførelse af computerassisteret diagnostisk interview
  - Etablering af et videotek med opdateret viden om psykopatologi og psykiatrisk diagnostik samt viden om udredning, diagnostik og behandling af somatisk sygdom blandt psykisk syge.

En øget opmærksomhed på somatiske sygdomme og misbrug vil være med til at styrke den diagnostiske udredning og reliabilitet. Anbefalingerne skal således ses i sammenhæng med rapportens anbefaling 5 og anbefaling 7 nedenfor.

Der er endvidere en selvstændig udfordring i forhold til selve diagnoseregistreringen. Da det er afgørende for det videre behandlingsforløb, at registreringen afspejler det samlede sygdomsbillede, bør afdelingerne

være opmærksomme på, at gældende registreringsvejledning følges fx i forhold til registrering af relevante bidiagnoser. Denne vejledning opdateres løbende i regi af Sundhedsstyrelsen og er senest opdateret i juli 2011.<sup>2</sup>

### Monitorering

Forslag til konkrete kvalitetsindikatorer (for nærmere beskrivelse af de enkelte indikatorer se bilag 2) til monitorering af den diagnostiske reliabilitet:

- a. Fordeling af nydiagnosticeret psykiatrisk sygdom

Det vil være relevant for det fremtidige kvalitetsarbejde, at der arbejdes med udvikling af nye kvalitetsindikatorer for effekten af den diagnostiske proces, herunder reliabilitet og validitet.

## 3. Ensartet udredning og behandling

Psykatrien råder i dag ikke over nationale kliniske retningslinjer, hvilket er med til at understrege behovet for fælles standarder. Standardisering og ensartethed handler i vid udstrækning om systematisk at anvende metoder, vi ved virker. Det er god kvalitet.

Danske Regioners benchmarking fra 2011 viste store forskelle indenfor psykiatrien på tværs af landet. Forskelle i diagnostik, i ressourceforbrug, i organisering og i fordelingen af stationær og ambulans behandling. Forskellene må forventes at resultere i tilsvarende forskelle i kvaliteten. Som svar på denne udfordring anbefales her indførelse af pakkeforløb i psykiatrien. Formålet er en mere ensartet udredning og behandling af høj kvalitet gennem organisering i pakkeforløb. En model, der samtidig skaber større gennemsigtighed for patienter og pårørende.

### Pakkeforløb

For at opnå mest mulig sundhed for pengene skal der i psykiatrien anvendes styringsredskaber, som sikrer at man strategisk udnytter de ressourcer, der er tilgængelige. Pakkeforløb er et sådant redskab, fordi det sammenkæder styring af produktivitet, service og høj kvalitet i det enkelte behandlingsforløb.

I 2007-2009 indførte man kræft- og hjertepakker i sundhedsvæsenet. Pakkeforløb er i den forbindelse blevet defineret som "hospitalsbaserede patientforløb, hvor de enkelte trin er tilrettelagt som tids- og indholdsmæssigt veldefinerede begivenheder, der følger et på forhånd booket forløb". Da man indførte kræft- og hjertepakker var det bl.a. for at sikre alle patienter et patientforløb med mindst mulig ventetid.

Psykatrien er i sammenligning karakteriseret af en meget uensartet patientgruppe og meget forskelligartede patientforløb rækkende fra en enkelt kontakt til (livs)lange forløb. Brug af pakkeforløb i psykiatrien kræver således en tilpasning af begrebet og udvikling af en model, der tager højde for psykiatriens træk.

<sup>2</sup> Sundhedsstyrelsen, Psykiatrisk registreringsvejledning – indberetning til Landspatientregisteret

### Fakta boks 3: Pakkeforløb understøtter regionernes kvalitetsstyringsmodel

- *Effekt: Patienterne skal have den behandling, der virker bedst.* Pakkeforløb skal være baseret på højest mulige evidensniveau, sikre at kvalitetsforbedringer hurtigt kan udbredes og skabe mulighed for systematisk udvikling og forskning.
- *Patientfokus: Patienten og de pårørende skal være i fokus og inddrages.* Pakkeforløb giver patienten nogle klare strukturelle rammer for sit behandlingsforløb og øger dermed serviceniveauet for patient og pårørende.
- *Patientsikkerhed: Behandlingen skal være sikker for patienterne.* Gennem systematisk evaluering og tilretning af pakkeforløbsbehandlingen, optimeres behandlingen til stadighed (fx ift. medicin og selvmordsscreening).
- *Lighed: Der skal være lighed i pleje og behandling for alle borgere.* Pakkeforløb sikrer, at patienter med samme type lidelse modtager ensartet behandling af høj kvalitet i hele landet.
- *Rettidighed: Behandlingen skal foregå til rette tid.* Pakkeforløb giver mulighed for at arbejde med differentierede ventelister og gør ventetider gennemsnitlige. Det bliver tillige muligt at undgå unødvendige ventetid i det enkelte udrednings- og behandlingsforløb.
- *Omkostningseffektivitet: Samfundet skal have mest mulig sundhed for pengene.* Pakkeforløb giver mulighed for at tilrettelægge mere effektive arbejdsgange og i højere grad udnytte kapaciteten, og dermed kunne tilbyde flere patienter behandling.

Der er som led i aftalerne under de udvidede behandlingsrettigheder med private udbydere (DUF) på psykiatrien udviklet standardiserede udrednings- og behandlingspakker, der samlet set medvirker til at ensarte patientforløbene indenfor de enkelte diagnosegrupper. I DUF-pakkerne defineres både indhold og sammensætning af et patientforløb. På nuværende tidspunkt har Danske Regioner på vegne af de fem regioner indgået aftaler med fem behandlere inden for børne- og ungdomspsykiatrien og ni i psykiatrien. De indgåede aftaler dækker en bred vifte af psykiatrisk behandling, herunder bl.a. ADHD, anoreksi, depression, bipolar affektiv sindslidelse, angst mm. For børne- og ungdomspsykiatrien er der lavet udredningspakker inden et behandlingsforløb evt. startes op, hvorimod der på voksenområdet (med undtagelse af ADHD) er samlede behandlingspakker, der dækker over hele behandlingsforløbet.

I psykiatrien kan DUF-pakkerne betragtes som 1. generations pakkeforløb, eftersom den model, der her lægges op til, bl.a. også indeholde mere retningsgivende standarder for det sundhedsfaglige indhold samt tidsangivelse for pakkens delelementer. Der er således tale om en slags 2. generations pakkeforløb, hvor formålet er at samtænke behandling af høj kvalitet med en strategisk udnyttelse af de ressourcer, der er til rådighed, således at flere patienter kan tilbydes udredning og behandling af ensartet høj kvalitet. Målet

med pakkeforløb er således også at operationalisere referenceprogrammer, kliniske retningslinjer mv. med henblik på at sikre, at behandlingen for samme type lidelse har et ensartet højt kvalitetsniveau, uanset hvor i landet man modtager behandling.

## Anbefalinger

Regionerne ønsker at indføre pakkeforløb i psykiatrien. Som udgangspunkt skal al behandling på hovedfunktionsniveau i psykiatrien standardiseres ved indførelse af pakker. Det anbefales, at der opereres med særskilte udredningspakker indenfor visse diagnosekategorier og at der udarbejdes behandlingspakker med udgangspunkt i ICD-10 diagnosefordelingen.

Patienten er ikke et pakkeforløb, og pakkeforløbene skal tilrettelægges så tilpas fleksibelt, at det er muligt at tilbyde behandling, der tager udgangspunkt i den enkelte patients sygdom og situation. Behandlingspakkerne skal bestå af en basispakke med evt. tillægspakker, hvor indholdet matcher forskellige grader af sygdommen samt evt. komplicerende faktorer. Derved er det muligt at tilpasse behandlingen til den enkelte patient (fx pakke til behandling af comorbiditet). Der vil være patienter, der ikke kan følge et pakkeforløb fra start til slut. Det kan være patienter, der også har andre sygdomme eller tilstande som vil påvirke udrednings- og behandlingsforløbet, eller får tilbagefald. Der bør for den enkelte diagnosegruppe tages stilling til omfanget af denne problemstilling og om det giver mening at udarbejde tillægspakker (jf. bilag 3).

Rækkefølge og tempo for udrulning af pakkeforløb i psykiatrien bør tage udgangspunkt i de mest almindelige diagnoser og baseres på en samlet vurdering af volumen og eksisterende praksis. Det kan være en fordel, at starte med at udarbejde 2. generation af de eksisterende DUF-pakker samt de eksisterende pakker i fx Region Hovedstaden.

Implementering af pakkeforløb sker regionalt/lokalt. Pakkeforløbene skal sammensættes således at flerfagligheden i psykiatrien kan udnyttes systematisk i den lokale implementering med henblik på at øge behandlingskvaliteten og anvende de knappe faglige ressourcer i en mere strategisk retning. Erfaringerne med implementering af pakkeforløb viser, at Lean med fordel kan anvendes som redskab ift. arbejdstilrettelæggelse og organisering, da pakkeforløbskonceptet lægger sig tæt op ad Lean-tankegangen fx i forhold til organisering af patientforløb med mindst mulig spildtid.

Det skal endvidere sikres, at pakkeforløbene tilrettelægges således, at der stadig er plads til undervisning, supervision og opøvelse af færdigheder for studerende og personale under oplæring.

Konkrete anbefalinger (for nærmere beskrivelse af de enkelte anbefalinger se bilag 1):

4. Der skal udarbejdes fælles henvisningskriterier, der kan sikre høj og ensartet kvalitet i henvisningerne fra primærsektoren og sikre lige adgang til psykiatrien for alle patienter uanset bopæl.
5. Der skal udarbejdes fælles, men få udredningspakker. Pakkeforløbene skal indeholde standarder for diagnostisk praksis, tidsangivelser, patientinformation (f.eks. i form af skabeloner) og kvalitetsindikatorer.

6. Der skal udarbejdes behandlingspakker for hver diagnose/diagnosegruppe med mulighed for til-lægspakker til komplekse forløb (jf. bilag 3). Pakkeforløbene skal indeholde standarder for sundhedsfagligt indhold, standarder for screening/udredning af somatiske sygdomme (se anbefaling 7) samt misbrugsproblematikker, tidsangivelser, patientinformation (fx i form af skabeloner) og kvalitetsindikatorer.

Der nedsættes en styregruppe, der skal fastlægge rækkefølgen for udrulning af pakkeforløb, fastlægge de generiske modeller for pakkeforløb og sikre at der udarbejdes pakker til efterfølgende implementering regionalt. De første nationale pakkeforløb skal ligge klar til implementering medio 2012.

### Standarder for det sundhedsfaglige indhold

Der vil i arbejdet med pakkeforløb og løbende herefter være behov for, at fastlægge og løbende revidere standarder for det sundhedsfaglige indhold. Pakkeforløbene baseres på de til en hver tid senest opdaterede standarder for sundhedsfagligt indhold. Det kan være referenceprogrammer, guidelines eller sygdomsspecifikke retningslinjer.

Forud for udarbejdelsen af denne rapport har regionale arbejdsgrupper set på mulighederne for at udarbejde landsdækkende kliniske retningslinjer inden for tre af de store sygdomsgrupper (skizofreni, depression og angst) med henblik på at ensarte klinisk praksis. Der er i den forbindelse afdækket et omfattende materiale i form af referenceprogrammer, regionale vejledninger, instrukser og andet videnskabelig dokumentation. Det har vist sig, at alle regionerne har retningslinjer, vejledninger og instrukser, der støtter sig til de eksisterende referenceprogrammer. En indsats, der skal sikre mere ensartet udredning og behandling i og på tværs af regioner, skal derfor snarere tage afsæt i at standardisere det man rent faktisk gør (som ved pakkeforløb) end at igangsætte en proces for systematisk udarbejdelse af kliniske retningslinjer.

Der lægges her op til, at lade pakkeforløbene være styrende for processen, således, at der i forbindelse med udarbejdelsen af de nationale pakkeforløb fastlægges standarder for det sundhedsfaglige indhold ud fra eksisterende referenceprogrammer, retningslinjer m.v. Der vil i nogle tilfælde alene skulle ske en sammenskrivning af de gældende retningslinjer fra praksis til fælles standarder. I andre tilfælde vil der være behov for at nedsætte tværregionale og tværfaglige arbejdsgrupper, til at sikre en mere omfattende gennemgang og opdatering af eksisterende referenceprogrammer og retningslinjer.

Danske Regioner er ved at udarbejde et oplæg til det fremtidige arbejde med kliniske retningslinjer inden for både somatik og psykiatri. En model der skal drøftes med relevante parter. Når modellen herfor er på plads, vil det være oplagt indenfor psykiatrien at starte med de store sygdomsgrupper, hvor der allerede foreligger referenceprogrammer eller områder, hvor pakkeforløbsarbejdet vil afdække store forskelle i behandlingspraksis. Når de første retningslinjer på det psykiatriske område foreligger, vil disse naturligt give anledning til en eventuel opdatering af de relevante pakkers sundhedsfaglige indhold.

Tilsvarende vil kliniske retningslinjer fra de faglige selskaber eller fra Sundhedsstyrelsen kunne give anledning til justering af det sundhedsfaglige indhold i de pågældende pakkeforløb.

Der er således tale om en gensidig proces, hvor eksisterende pakkeforløb løbende revideres efter den nyeste viden (fx ved opdatering af et gældende referenceprogram, nye sygdomsspecifikke retningslinjer i relation til Den Danske Kvalitetsmodel eller nye landsdækkende kliniske retningslinjer), ligesom udarbejdelse af de konkrete pakker kan give anledning til igangsættelse af et arbejde med henblik på, at udarbejde standarder for det sundhedsfaglige indhold.

### Monitorering af pakkeforløb

Monitorering af kvaliteten indgår som en integreret del af pakkeforløbene idet de generiske modeller vil indeholde generelle proces- og effektmål. Dertil kan man overveje at anvende kvalitetsmål, som styringsværktøj i udformningen af pakkeforløb. Det kan fx være faktorer fra Det Nationale Indikatorprojekt (NIP) eller kvalitetsmål om reduktion af symptomer og nedbringelse af selvmordsraten for psykiske syge.

Forslag til konkrete kvalitetsindikatorer (for nærmere beskrivelse af de enkelte indikatorer se bilag 2), der kan anvendes som afsæt for arbejdet er:

- b. Ventetid til udredning
- c. Varighed af udredning
- d. Indlæggelsestid
- e. Genindlæggelsesfrekvens
- f. Patient- og pårørendetilfredshed med hhv. indlæggelse og ambulante forløb
- g. Efterlevelse af kliniske anbefalinger ift. skizofreni
- h. Efterlevelse af kliniske anbefalinger ift. depression

## 4. Øget middellevetid

Den forventede levetid er i dag omkring 20 år kortere for psykiatriske patienter end for almenbefolkningen.<sup>3</sup> Ifølge registerforskningen kan ca. 40 % af overdødeligheden tilskrives eksterne årsager (primært selvmord), mens ca. 60 % kan tilskrives somatiske sygdomme/medicinske tilstande.<sup>4</sup> Overdødelighed gælder for alle psykiatriske diagnosegrupper<sup>5</sup> og er høj indenfor alle sygdomskategorier: hjerte-karsygdomme, diabetes, kræft, infektioner og andet.

I denne rapport rettes fokus mod den del af overdødeligheden, der skyldes somatiske sygdomme/ medicinske tilstande og den indsats som psykiatrien selv kan sætte sig i spidsen for. Der bør sikres en fortsat indsats for nedbringelse af selvmord, ligesom der er behov for at have fokus på misbrugsproblematikker i psykiatrien. Rapporten afgrænser sig imidlertid fra at komme med anbefalinger på disse områder. Tilsvarende har sektorovergange og den indsats, der sker i almen praksis og i kommunerne, stor betydning for den samlede indsats for at øge middellevetiden, men i anbefalingerne nedenfor er fokus rettet mod dét, som psykiatrien selv kan gøre.

<sup>3</sup> Wahlbeck, Westman, Nordentoft, Gissler & Laursen: Outcome of mental health policy in Nordic countries: life expectancy of patients with mental disorders in Denmark, Finland and Sweden 1987-2006. *British Journal of Psychiatry*, May 2011.

<sup>4</sup> Laursen: Life expectancy among persons with schizophrenia or bipolar affective disorder, *Schizophrenia Research* 131 (2011) 101–104 06-07-2011.

<sup>5</sup> Laursen, Munk-Olsen, Nordentoft & Mortensen: Increased mortality among patients admitted with major psychiatric disorders: a register-based study comparing mortality in unipolar depressive disorder, bipolar affective disorder, schizoaffective disorder, and schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2007 Jun; 68(6):899-907.

---

#### Fakta boks 4: Fysisk sygdom hos psykisk syge

- Patienter med depression har dobbelt så stor risiko for at få iskæmisk hjertesygdom (5)
- Patienter med depression har 65 % øget risiko for at udvikle diabetes (6)
- Patienter med skizofreni har 3 gange større risiko for diabetes (7)
- Patienter med skizofreni har dobbelt så stor dødelighed pga. hjerte-karsygdom (7)

Psykiatriske patienter har en overdødelighed af livsstilssygdomme som diabetes, hjerte-karsygdomme og kræft. Undersøgelser viser, at mennesker med psykisk sygdom generelt har mere usunde kostvaner, ryger mere, drikker mere alkohol og er mindre fysisk aktive end befolkningen i almindelighed.<sup>6</sup> Det kan blandt andet skyldes, at opmærksomheden på det fysiske og evnen til at drage omsorg for sig selv er nedsat på grund af den psykiske sygdom. Samtidig kan antipsykotisk medicin give risiko for vægtøgning. I nogle tilfælde er der tale om 'selvbehandling' af den psykiske sygdom med fx alkohol.

Overdødeligheden for psykiatriske patienter er høj indenfor alle sygdomskategorier. I nogle tilfælde bliver somatisk sygdom hos psykiatriske patienter ikke diagnosticeret. Enten fordi patienten på grund af den psykiske sygdom ikke er opmærksom på de fysiske symptomer og derfor ikke søger læge, eller fordi den somatiske undersøgelse i psykiatrien ikke er tilstrækkelig. Psykiatriske patienter, som bliver henvist til somatisk udredning, kan nogle gange opleve, at deres fysiske symptomer fejltolkes.

Samtidig kan psykiatriske patienter, som har fået en somatisk diagnose, risikere at blive underbehandlet. Det kan ske, fordi patienten på grund af den psykiske sygdom kan have brug for særlig støtte og motivation til at følge en behandling for den somatiske sygdom. Forskningen viser fx, at psykiatriske patienter med hjerte-karsygdomme kun i halvt så mange tilfælde som andre patienter opereres i forbindelse med deres hjertesygdom.<sup>7</sup> I nogle tilfælde skønnes det måske på forhånd, at patienten ikke kan klare at følge behandling eller genoptræning.

Forebyggelse, overvågning og behandling af det metaboliske syndrom er vigtige steder at sætte ind, hvis middellevetiden skal øges. Det metaboliske syndrom er en ophobning af forskellige risikofaktorer, som øger risikoen for at udvikle hjerte-karsygdomme og diabetes. Behandling med antipsykotisk medicin kan give risiko for udvikling af det metaboliske syndrom, men også fedme, mangel på motion og andre faktorer kan fremskynde det metaboliske syndrom. NIP og Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) giver allerede nu en systematik omkring monitorering af metabolisk syndrom, men NIP dækker kun få diagnosegrupper. Opfølgning og intervention kan således sagtens udbygges.

---

<sup>6</sup> Sundhedsprofilen, data fra Region Midtjylland. Herunder Online nr. 4, 2008: Temarapport om Fysisk sundhed hos psykisk syge, Center for Folkesundhed, Region Midtjylland, 2008. Sundhedsprofilen bygger på selvrappor-tering via spørgeskemaer

Smoking cessation in psychiatry, A review of the literature, Network of Health Promoting Hospitals in Denmark, 2007 (udenlandske tal)

<sup>7</sup> Laursen, Munk-Olsen, Agerbo, Gasse & Mortensen: Somatic hospital contacts, invasive cardiac procedures, and mortality from heart disease in patients with severe mental disorder. Archives of General Psychiatry. 2009 Jul;66(7):713-20.



## Anbefalinger

Såfremt middellevetiden for mennesker med psykiske diagnoser skal bringes i vejret, er der behov for at sikre psykiatriske patienter en bedre somatisk udredning og behandling, end tilfældet er i dag. Herudover skal der sættes ind med forebyggelse af de livsstilsrelaterede sygdomme, som mange psykisk syge lever med.

Psykiatrien har ansvaret for at initiere den patientrettede forebyggelse, når det gælder psykiatriske patienter, ligesom psykiatrien har et ansvar for at patienter undersøges for somatiske sygdomme. Det anbefales, at de kommende behandlingspakker indeholder systematisk screening. Det er vigtigt, at der med indførelse af systematisk screening angives tærskelværdier, således at screening også resulterer i handling, når dette er nødvendigt. Personalet skal have den nødvendige viden om hvor og hvordan, der følges op på screenings resultater.

Der er brug for en øget forebyggelse af livsstilssygdomme med fokus på de såkaldte KRAM-faktorer: Kost, rygning, alkohol og motion. Risikofaktorerne skal opdages og følges tæt, og der skal sættes ind med intervention. Intervention bør planlægges med udgangspunkt i den enkelte patients hverdag og søge at skabe forandring med 'små skridt'.

Der er behov for at styrke den somatiske undersøgelse i psykiatrien. Personalets kompetencer i somatisk undersøgelse i psykiatrien skal styrkes gennem uddannelse og opkvalificering eller ved styrket samarbejde med somatikken og de praktiserende læger. Der skal være gode rammer og redskaber til rådighed for at understøtte somatisk undersøgelse og der bør være nemmere adgang til somatisk tilsyn.

I forbindelse med regionernes samarbejde om sundheds-it, er der etableret løsningen e-journal. Via lokale patientadministrative systemer eller EPJ-systemer har også psykiatrien allerede i dag adgang til kliniske og parakliniske patientdata på patienter i behandling og som tidligere har været i kontakt med fx det somatiske sundhedsvæsen. E-journal løsningen vil i løbet af 2012 blive udbygget med patientdata fra primærsektoren – fra almen praksis og speciallægepraksis. Hermed vil psykiatrien få adgang til oplysninger om, hvorvidt en patient er diagnosticeret med en eller flere kroniske diagnoser af den praktiserende læge.

Der er brug for i højere grad end nu, at overvåge bivirkninger ved medicin, med henblik på eventuelt at tilpasse medicineringen. Somatiske følgetilstande som fx metabolisk syndrom skal systematisk undersøges, og der bør inter文veres, enten farmakologisk eller gennem fx fysisk træning, kostvejledning mv.

Konkrete anbefalinger (for nærmere beskrivelse af de enkelte anbefalinger se bilag 1):

7. De kommende behandlingspakker skal indeholde systematisk screening for KRAM-faktorer, metabolisk syndrom og hjerte-karsygdomme
8. Der skal sikres øget fokus på bivirkninger af antipsykotisk medicin ved fælles rekommandationsliste
9. Psykiatriens samarbejde med somatikken formaliseres gennem lokale samarbejdsaftaler, der bl.a. indeholder aftaler om gensidige tilsyn og undervisning
10. Psykiatrien skal ved lokale initiativer/aftaler sikre, at mennesker, der lever med langvarig psykisk sygdom, får et regelmæssigt helbredstjek.

## Monitorering

Det anbefales, at der i forbindelse med en kommende indsats for at øge levetiden hos psykiatriske patienter udarbejdes et materiale med tal og data målrettet sundhedspersonalet, hvor den tilgængelige viden formidles mere detaljeret – og gerne med brug af grafisk fremstillinger.

Alle regioner bør på baggrund af data fra Sundhedsprofilen 2010 udarbejde et ensartet talmateriale om livsstil og sygdom hos psykisk syge og publicerer dem. Sammenlignelige datatræk i alle regioner anbefales, med inspiration fra temarapporten "Fysisk sundhed hos psykisk syge" Region Midtjylland, 2008.

Forslag til konkrete kvalitetsindikatorer (for nærmere beskrivelse af de enkelte indikatorer se bilag 2):

- i. Metabolisk syndrom
- j. Dødelighed for psykiatriske patienter i forhold til almenbefolkningen

## Bilag 1: Oversigt over anbefalinger

<b>1. Speciallæger og specialsygeplejerskers uddannelse i psykopatologi og diagnostik skal styrkes</b>	
<i>Anbefaling:</i>	<p>Speciallægeuddannelsen i psykiatri og specialuddannelsen for sygeplejersker i psykiatri skal styrkes indenfor psykopatologi og diagnostik:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Den teoretiske del af specialuddannelserne skal sikre mere viden om psykopatologi, den diagnostiske proces og de diagnostiske instrumenter.</li> <li>• Den teoretiske del af specialuddannelserne skal sikre mere viden om udredning, diagnostik og behandling af somatisk sygdom blandt psykisk syge.</li> </ul>
<i>Uddybning:</i>	<p><i>Ad 1) Mere viden om psykopatologi, den diagnostiske proces og de diagnostiske instrumenter</i>            I dag deltager alle læger i hoveduddannelsesforløb i psykiatri i H-kursus af 3 dages varighed om PSE, psykopatologi og patientregistrering. Kun få læger når at få praktiseret, at interviewe på kurset. For børne- og ungdomspsykiatriens vedkommende deltager alle H-læger i et kursus af 4 dages varighed, hvoraf 2 dage anvendes til træning i K-SADS, og alle foretager et videooptaget interview, som anvendes på kurset.</p> <p>Den 1-årige uddannelse til specialsygeplejerske i psykiatri bør styrkes, når det gælder psykopatologi, den diagnostiske proces og de diagnostiske instrumenter</p> <p><i>Ad 2) Mere viden om udredning, diagnostik og behandling af somatisk sygdom</i>            I dag tilbringer speciallæger i psykiatri kortere tid på somatisk afdeling end under den tidligere speciallægeuddannelse. Der er behov for, at styrke det somatiske indhold i den psykiatriske speciallægeuddannelse for at sikre, at speciallægerne i psykiatri er tilstrækkelig opmærksom på patienternes evt. somatiske problemer.</p> <p>Specialsygeplejersker i psykiatri bør ligeledes kunne medvirke til at sikre opsporing og forebyggelse af somatiske lidelser hos mennesker med psykisk sygdom.</p>
<i>Hvad skal der til:</i>	<p>For speciallægeuddannelsens vedkommende skal der rettes henvendelse til Sundhedsstyrelsen, der har det overordnede ansvar for målbeskrivelserne for uddannelserne, herunder den del af de teoretiske kurser, som er specialespecifikke. For specialuddannelsen for sygeplejersker skal der rettes henvendes til landsråd for specialsygeplejerskeuddannelsen.</p>
<i>Hvornår</i>	<p>Ved næste gennemgang af målbeskrivelserne for de to lægelige specialer.</p>
<i>Ansvar:</i>	<p>Danske Regioner</p>

<b>2. Psykiatriens personale skal løbende efteruddannes i psykopatologi og diagnostik</b>	
<i>Anbefaling:</i>	<p>Psykiatriens personale skal løbende efteruddannes i psykopatologi og diagnostik ved:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fælles obligatorisk og tilbagevendende efteruddannelse i psykopatologi, den diagnostiske proces og de diagnostiske instrumenter.</li> <li>• Lokale initiativer for primært læger, specialpsykologer og specialsygeplejersker til at følge en erfaren kollega i afviklingen af diagnostiske interviews (bed side teaching), og</li> <li>• Tværgående initiativer til at sammenholde egne diagnostiske konklusioner med andre kollegers (samrating).</li> </ul>
<i>Uddybning:</i>	<p><i>Ad) Fællesregional efteruddannelse</i></p> <p>Det skal undersøges, hvordan regionernes i fællesskab kan iværksætte en fælles regional efteruddannelse i psykopatologi, den diagnostiske proces og de diagnostiske instrumenter.</p> <p><i>Ad) Sidemandsoplæring</i></p> <p>Lokale initiativer for primært læger, specialpsykologer og specialsygeplejersker til at følge en erfaren kollega i afviklingen af diagnostiske interviews (<i>bed side teaching</i>). Det bør således prioriteres at alle H-læger som minimum foretager et superviseret interview på afdelingen.</p> <p><i>Ad) Samrating</i></p> <p>Tværgående initiativer til at sammenholde egne diagnostiske konklusioner med andre kollegers (<i>samrating</i>). Samrating etableres i den enkelte afdeling og på tværs af afdelingerne med deltagelse af fastansatte læger i afdelingen. Endvidere etableres samrating på tværs af regionerne med deltagelse af speciallæger.</p>
<i>Hvad skal der til:</i>	<p>Regionerne skal i fællesskab undersøge mulighederne for at gennemføre fælles efteruddannelsesforløb og gøre disse obligatoriske for fx læger. For de øvrige forslag kræver disse, at afdelingerne prioriterer og organiserer disse.</p>
<i>Hvornår</i>	<p>I løbet af 2012.</p>
<i>Ansvar</i>	<p>Regionernes psykiatridirektører (psykiatridirektørkredsen).</p>

<b>3. Understøttelse af den diagnostiske udredning</b>	
<i>Anbefaling:</i>	<p>Den diagnostiske udredning skal understøttes ved:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Udarbejdelse af en elektronisk ordbog med definition af psykopatologiske termers betydning</li> <li>• Udarbejdelse af en kort elektronisk manual med oversigt over de anvendte instrumenter</li> <li>• Indførelse af computerassisteret diagnostisk interview</li> <li>• Etablering af et videotek med opdateret viden om psykopatologi og psykiatrisk diagnostik, samt viden om udredning, diagnostik og behandling af somatisk sygdom</li> </ul>

	blandt psykisk syge.
<i>Uddybning:</i>	<p><i>Ad) Elektronisk ordbog</i> Der skal udarbejdes en elektronisk ordbog med klare og entydige definitioner af psykopatologiske termers betydning og et psykopatologisk glossarium, så man kan slå op, hvordan de enkelte symptomer skal forstås. Klare og entydige definitioner er en forudsætning for ensartede vurderinger af, om et symptom er til stede hos patienten, og dette er afgørende for en ensartet konklusion af diagnosen.</p> <p><i>Ad) Elektronisk manual</i> Der er behov for en kort manual med oversigt over forskellige instrumenter og deres anvendelse. Der udarbejdes en kort elektronisk manual med oversigt over forskellige instrumenter, der bruges i den kliniske hverdag, og med en kort beskrivelse af, hvad instrumenterne anvendes til.</p> <p><i>Ad) Computerassisteret diagnostisk interview</i> Hvis et instrument findes i elektronisk form, kan det være indarbejdet i systemet, at man kan se hvilken information, man mangler at rate, for at kunne stille en given diagnose. Det skal sikres, at PSE og K-SADS etableres som elektroniske interviews i forhold til ICD-10 og at den eksisterende elektroniske udgave af DAWBA implementeres.</p> <p><i>Ad) Videotek</i> Et fælles internetbaseret videotek kan visuelt understøtte diagnostiseringen med opdateret viden om psykopatologi og psykiatrisk diagnostik, samt viden om udredning, diagnostik og behandling af somatisk sygdom blandt psykisk syge.</p>
<i>Hvad skal der til:</i>	Finansiering af udvikling og oversættelse.
<i>Hvornår:</i>	I løbet af 2012.
<i>Ansvar</i>	Regionernes psykiatridirektører (psykiatridirektørkredsen).

<b>4. Fælles henvisningskriterier</b>	
<i>Anbefaling:</i>	Der skal udarbejdes fælles henvisningskriterier, der kan sikre høj og ensartet kvalitet i henvisningerne fra primærsektoren og sikre lige adgang til psykiatrien for alle patienter uanset bopæl.
<i>Uddybning:</i>	<p>For at kunne visitere patienterne til de rigtige udrednings- og behandlingspakker, er det nødvendigt, at der i forbindelse med udrulningen af pakkeforløb, udarbejdes retningslinjer for henvisning til psykiatrien, med krav til angivelse af symptomer, hvilke undersøgelser der skal være gennemført og hvilke oplysninger der ellers er nødvendige for at foretage visitation. Henvisningerne skal kunne sendes elektronisk.</p> <p>Der kan evt. hentes inspiration fra Region Syddanmark, der har udarbejdet standarder herfor med udgangspunkt i den norske model og fra Region Hovedstadens målafrænsningsrapport, som beskriver målgruppen for den hospitalsbaserede psykiatri.</p>
<i>Hvad skal der til:</i>	Efterhånden som der udarbejdes pakkeforløb skal der udarbejdes kriterier for henvisning.

	Dette arbejde skal ske i tæt dialog med almen praksis.
<i>Hvornår:</i>	De første pakkeforløb skal være klar til implementering medio 2012.
<i>Ansvar:</i>	Styregruppen for pakkeforløb i psykiatrien.

<b>5. Udredningspakker</b>	
<i>Anbefaling:</i>	Der skal udarbejdes fælles, men få udredningspakker. Pakkeforløbene skal indeholde standarder for diagnostisk praksis, tidsangivelser, patientinformation (f.eks. i form af skabeloner) og kvalitetsindikatorer.
<i>Baggrund:</i>	Hver udredningspakke skal indeholde: <ul style="list-style-type: none"> <li>• En veldefinerede serie af kliniske handlinger (inkl. alternativer), som knytter sig til en afgrænset patientgruppe og hviler på til formålet udarbejdede standarder for sundhedsfagligt indhold.</li> <li>• Principper for organisering, der sikre en samlet forløbsplanlægning, herunder sikrer, at patientene gennemgår forløbet indenfor en på forhånd fastlagt tidsramme (fx at udredningen er gennemført inden for en måned)</li> <li>• Indhold til information til patienter/pårørende om udredning og sygdom.</li> <li>• Udpegning af eventuelle pakkespecifikke monitoreringsindikatorer.</li> </ul>
<i>Hvad skal der til:</i>	Udredningspakkerne skal udarbejdes efter en generisk model (skabelon) med afsæt i eksisterende referenceprogrammer, internationale guidelines og/eller sygdomspecifikke retningslinjer. Såfremt der ikke er en entydig praksis på området, nedsættes tværregionale arbejdsgrupper til at udarbejde standarder for det sundhedsfaglige indhold til pakken.
<i>Hvornår</i>	De første pakkeforløb skal være klar til implementering medio 2012
<i>Ansvar</i>	Styregruppen for pakkeforløb i psykiatrien

<b>6. Behandlingspakker</b>	
<i>Anbefaling:</i>	Der skal udarbejdes behandlingspakker for hver diagnose/diagnosegruppe med mulighed for tillægspakker til komplekse forløb (jf. bilag 3). Pakkeforløbene skal indeholder standarder for sundhedsfagligt indhold, tidsangivelser, patientinformation (f.eks. i form af skabeloner) og kvalitetsindikatorer.
<i>Uddybning:</i>	Hver behandlingspakke skal indeholde: <ul style="list-style-type: none"> <li>• En veldefinerede serie af sundhedsfaglige handlinger (inkl. alternativer), som knytter sig til en afgrænset patientgruppe og hviler på til formålet udarbejdede standarder for sundhedsfagligt indhold, samt en screening/udredning af somatiske sygdomme.</li> <li>• Principper for organisering, der sikre en samlet forløbsplanlægning, herunder sikrer, at patientene gennemgår forløbet indenfor en på forhånd fastlagt tidsramme</li> <li>• Indhold til information til patienter/pårørende om behandlingsforløb og sygdom.</li> <li>• Udpegning af eventuelle pakkespecifikke monitoreringsindikatorer.</li> </ul>

<i>Hvad skal der til:</i>	Behandlingspakkerne skal udarbejdes efter en generisk model (skabelon) med afsæt i eksisterende referenceprogrammer, internationale guidelines og/eller sygdomspecifikke retningslinjer. Såfremt der ikke er en entydig praksis på området, nedsættes tværregionale arbejdsgrupper til at udarbejde standarder for det sundhedsfaglige indhold til pakken.
<i>Hvornår:</i>	De første pakkeforløb skal være klar til implementering medio 2012.
<i>Ansvar:</i>	Styregruppen for pakkeforløb i psykiatrien.

## 7. Systematisk screening

<i>Anbefaling:</i>	De kommende behandlingspakker skal indeholde systematisk screening for hhv. KRAM-faktorer, metabolisk syndrom og hjerte-karsygdomme.
<i>Uddybning:</i>	<p><i>Ad) KRAM-faktorer</i></p> <p>Alle patienter screenes grundigt for KRAM-risikofaktorer under indlæggelse eller ved. 1. ambulante besøg. Screeningen foregår ved hjælp af et særligt skema. Personalet, der udfører screeningen, skal afsætte tid til en egentlig forebyggelsessamtale og henvise til tilbud om fx vejledning, rygestop mv. Det skal sikres, at screeningsoplysningerne videregives til fx praktiserende læge.</p> <p><i>Ad) Metabolisk syndrom</i></p> <p>Forebyggelse, overvågning og behandling af det metaboliske syndrom er vigtige steder at sætte ind, hvis middellevetiden skal øges. Det metaboliske syndrom er en ophobning af forskellige risikofaktorer, som øger risikoen for at udvikle hjerte-karsygdomme og diabetes. Behandling med antipsykotika kan give risiko for udvikling af det metaboliske syndrom, men også fedme, mangel på motion og andre faktorer kan fremskynde det metaboliske syndrom. Det metaboliske syndrom defineres ved forekomsten af mindst tre af følgende faktorer: forhøjet BMI, forøget taljeomfang, forhøjet blodsukker, forhøjet fedtindhold i blodet og/eller forhøjet blodtryk.</p> <p><i>Ad) hjerte-karsygdomme</i></p> <p>Patienter med svære psykiske sygdomme udgør en høj-risiko population for hjerte-karsygdomme. Alligevel har flere undersøgelser vist, at disse patienter kun i beskedent omfang udredes og behandles for relevante risikofaktorer. Det må forventes, at en mere systematisk tilgang til screening og specifikke interventionsgrænser vil muliggøre, at flere psykiatriske patienter tidligt får identificeret risikofaktorer for hjerte-karsygdomme og sættes i relevant behandling, hvorved de potentielt kan opnå samme reduktion i dødelighed som følge af hjerte-karsygdom, som observeres i normalbefolkningen. Der skal foretages en målrettet indsats for tidlig opsporing af risikofaktorer ved hjælp af screeningsalgoritmer for en løbende monitorering af familiære dispositioner til diabetes og kardiovaskulær sygdom, vægt (BMI), livvidde, blodtryk, faste-glucose, lipider og EKG. Der skal endvidere implementeres interventionsalgoritmer, der sikrer, at der tages relevante konsekvenser af abnorme fund.</p> <p>Det vil ikke være alle behandlingspakker, som skal indeholde screening for alle tre (KRAM, metabolisk syndrom og hjerte-karsygdomme), men alle behandlingspakker skal indeholde et screeningselement.</p>

<i>Hvad skal der til:</i>	<p><i>Ad. KRAM-faktorer</i></p> <p>Man kan tage udgangspunkt i erfaringer fra Region Nordjylland samt Den Danske Kvalitetsmodel's standard vedr. sundhedsfremme og forebyggelse (2.16.2.). Standardens formål er, at identificere patienter med øget sundhedsmæssig risiko og at skabe grundlag for at iværksætte relevante aktiviteter sammen med patienten, som kan medvirke til at fremme patientens sundhedstilstand.</p> <p>Undervisning af personale i screening og intervention ved KRAM-risikofaktorer.</p> <p><i>Ad. Metabolisk syndrom</i></p> <p>Det foreslås, at der i de kommende udredningspakker indgår et basalt udredningsprogram, hvor følgende undersøges:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vægt, højde, abdominalomfang, BT, EKG,</li> <li>• Neurologisk somatisk undersøgelse (ved psykiater)</li> <li>• Blodprøver: hgb, crea, SR, ALAT, p-cholesterol(total), p-cholesterol ( HDL), P-cholesterol (LDL),p-triglycerid, p-glucose ( fastende),</li> <li>• p-TSH, p-koagulationsfaktorer.</li> </ul> <p>Denne screening vil afsløre uerkendte tilfælde af metabolisk syndrom og andre vigtige somatiske sygdomme. Udarbejdelse af instrukser.</p> <p><i>Ad. hjerte-kar-sygdomme</i></p> <p>Der skal udvikles nationale guidelines (inkl. algoritmer) for systematisk screening og intervention. Disse guidelines kan hensigtsmæssigt udarbejdes i et samarbejde mellem de videnskabelige selskaber (Dansk Cardiologisk Selskab, Dansk Endokrinologisk Selskab, Dansk Selskab for Almen Medicin, Dansk Psykiatrisk Selskab).</p>
<i>Hvornår</i>	I løbet af 2012.
<i>Ansvar</i>	Regionernes psykiatridirektører (psykiatridirektørkredsen).

<b>8. Fælles rekommandationer for antipsykotisk medicin</b>	
<i>Anbefaling:</i>	Der skal sikres øget fokus på bivirkninger af antipsykotisk medicin ved fælles rekommandationsliste.
<i>Uddybning:</i>	Rekommandationslisten skal indeholde et standardsortiment og behandlingsalgoritmer for antipsykotisk medicin. Rekommandationslisten angiver de mest effektive lægemiddel med inddragelse af vurdering af bivirkninger (bl.a. de enkelte præparaters vægtøgende potentiale).
<i>Hvad skal der til:</i>	Der skal nedsættes en arbejdsgruppe.
<i>Hvornår</i>	2012.
<i>Ansvar</i>	Regionernes psykiatridirektører (psykiatridirektørkredsen).



## 9. Samarbejde mellem psykiatrien og somatikken

<i>Anbefaling:</i>	Psykiatriens samarbejde med somatikken formaliseres gennem lokale samarbejdsaftaler, der bl.a. indeholder aftaler om gensidige tilsyn og undervisning
<i>Uddybning:</i>	<p><i>Gensidig tilsyn</i></p> <p>Der skal være nem adgang til somatiske tilsyn på psykiatrisk afdeling og til psykiatriske tilsyn på somatisk afdeling. Der skal være mulighed for elektive og akutte tilsyn på stamafdelingen. Patienten vil blive bedre udredt og behandlet når det foregår i en dialog mellem somatisk og psykiatrisk afdeling. I Region Midtjylland er der somatiske tilsyn på psykiatrisk afdeling og psykiatriske tilsyn på de somatiske sygehuse nogen steder, hvilket der gensidigt er stor tilfredshed med. I Risskov er der en specialistgang for somatiske tilsyn, serviceret af sygeplejerske. Elektive tider bestilles 24 timer før. En samarbejdsaftale mellem det somatiske sygehus og den psykiatriske afdeling om tilsyn ved behov og evt. faste dage kan være en måde at sikre det på.</p> <p><i>Undervisning af psykiatrien i somatik</i></p> <p>Den helt nødvendige viden om somatiske sygdomme skal bringes up-to-date hos de i psykiatrien ansatte personaler gennem målrettet og fokuseret undervisning. Målgruppen er læger og sygeplejersker, men disse grupper bør undervises hver for sig, fordi deres behov er forskellige. Undervisningen skal være obliatorisk. Et "Brush-up" kursus om somatiske sygdomme vil øge sandsynligheden for, at somatiske sygdomme bliver diagnosticeret korrekt hos de psykiatriske patienter og gavne opfølgning af behandlingstiltag, fra almen praksis eller specialambulatorier. Desuden vil det bedre samarbejdsrelationerne mellem psykiatri og somatik.</p> <p>Region Midtjylland har gjort dette ved en række videotransmitterede forelæsninger ved en række eksperter i udvalgte store sygdomsgrupper (fx hjerte-karsygdomme og endokrine sygdomme). Underviserne har både klinisk erfaring samt forskningserfaring med de pågældende sygdomme. Kurset udbydes til alle. Dette tiltag burde umiddelbart kunne implementeres i alle regioner. Ved at videotransmittere undervisningen sikres at alle kan overvære undervisningen og at den kan foregå interaktivt trods de store afstande. Sådanne kurser har traditionelt været sponsoreret af medicinalindustrien, men det vurderes som værdifuldt, at de holdes i offentligt regi.</p> <p><i>Undervisning af somatikken i psykiatri</i></p> <p>Undervisning og mulighed for fokuseret ophold i psykiatrien kan give de somatiske læger en bedre forståelse for psykiatriske patienter og for psykiske sygdomme. Det kan være undervisning af de store psykiatriske sygdomme som skizofreni, affektive lidelser, angst og OCD, spiseforstyrrelser og personlighedsforstyrrelse. Undervisningen kan organiseres i psykiatrien lokalt på det enkelte sygehus eller regionalt af regionsfunktion for liaisonpsykiatri.</p>
<i>Hvad skal der til:</i>	Psykiatridelelserne skal iværksætte og understøtte regionale/lokale dialogprocesser med henblik på indgåelse af formelle aftaler mellem psykiatrien og somatikken.
<i>Hvornår:</i>	I løbet af 2012.
<i>Ansvar</i>	Regionernes psykiatridirektører (psykiatridirektørkredsen).

<b>10. Regelmæssige helbredstjek</b>	
<i>Anbefaling:</i>	Psykiatrien skal ved lokale initiativer/aftaler sikre, at mennesker, der lever med langvarig psykisk sygdom, får et regelmæssigt helbredstjek.
<i>Uddybning:</i>	Der er behov for en særlig indsats overfor den patientgruppe, der lever med langvarig psykisk sygdom. Regionerne skal tage ansvaret for, at der fx i samarbejde med kommunerne og/eller alment praktiserende læger tages initiativ til at de kroniske psykiatriske patienter får et regelmæssigt helbredstjek. Dette kan fx ske i regi af sundhedsaftalerne eller som mere specifikke aftaler vedrørende beboer på de kommunale bosteder.
<i>Hvad skal der til:</i>	Regionernes psykiatrilædelser skal tage initiativ til at dette område løftes.
<i>Hvornår:</i>	I løbet af 2012
<i>Ansvar:</i>	Regionernes psykiatridirektører (psykiatridirektørkredsen).

## Bilag 2: Oversigt over kvalitetsindikatorer

De valgte kvalitetsindikatorer er direkte implementerbare, hvilket bl.a. forudsætter udbredt konsensus om målenes validitet, klare datadefinitioner, klare principper for datafangst, en organisering af produktionen af data mv. De er som udgangspunkt baseret på eksisterende data, som parallelt til de anvendte data i Danske Regioners benchmarkingrapport, let vil kunne formidles og skabe overblik på tværs af regioner. Der er taget afsæt i de mest realistiske kliniske databaser med henblik på sikring af maksimal validitet i kvalitetsmonitoreringen. Dette betyder fx visse steder en prioritering af data fra Det Nationale Indikatorprojekt (NIP) på bekostning af data fra Landspatientregistret til trods for, at der pt. kun findes solide data vedr. NIP-skizofreni men med en forventning om, at data inden længe vil blive anvendelige i NIP-depression.

### Indikator a: Fordeling af nydiagnosticeret psykisk sygdom

<b>Indikator</b>	Incidens af psykisk sygdom
<b>Fokus</b>	Variationer i forekomsten af nydiagnosticeret psykisk sygdom (debuterende patienter)
<b>Datadefinition</b>	Datadefinition i henhold til Benchmarking af Psykiatrien (Danske Regioner 2011) Data opgøres på henholdsvis alder og geografi: - Geografi opgøres på regionsniveau. - Alder opgøres i to intervaller: < 18 & ≥ 18
<b>Datafangst</b>	Datafangst i Landspatientregistret

### Indikator b: Ventetid til udredning

<b>Indikator</b>	Ventetid til udredning i Psykiatrien
<b>Fokus</b>	Gennemsnitlig ventetid fra henvisning er modtaget i psykiatrien til undersøgelse/udredning indledes. Der skelnes mellem ventetid til indlæggelse (få ptt.) og ventetid til ambulant udredning (flere ptt.). Der kan fx benchmarkes med målsætning om ≤ 60 dage.
<b>Datadefinition</b>	Jf. opgørelser vedr. behandlingsret i psykiatrien
<b>Datafangst</b>	Jf. opgørelser vedr. behandlingsret i psykiatrien

### Indikator c: Varighed af udredning

<b>Indikator</b>	Ventetid til udredning i Psykiatrien
<b>Fokus</b>	Varighed af udredning i Psykiatrien. Gennemsnitlig varighed fra iværksættelse af undersøgelse/udredning til behandling igangsættes. Bør monitoreres for alle pakkeforløb.
<b>Datadefinition</b>	Datadefinitioner, som umiddelbart kan bringes i anvendelse, forefindes allerede som grundlag for monitorering af servicemålsopfyldelse i fx Region Midtjylland og Region Sjælland. Det anbefales dog, at der foretages en fornyet vurdering af, hvordan pakkeforløb og monitoreringen af varighed af udredning kan kalibreres, når de konkrete pakkeforløb foreligger
<b>Datafangst</b>	I henhold til beslutning om datadefinition

### Indikator d: Indlæggelsestid

<b>Indikator</b>	Indlæggelsestid i Psykiatrien
------------------	-------------------------------

<b>Fokus</b>	Gennemsnitlig indlæggelsestid på psykiatrisk sengeafsnit evt. suppleret med andre statistiske mål for spredning i varigheden af indlæggelse.
<b>Datadefinition</b>	Datadefinition i henhold til Benchmarking af Psykiatrien (Danske Regioner 2011)
<b>Datafangst</b>	Datafangst i henhold til Benchmarking af Psykiatrien (Danske Regioner 2011)

#### Indikator e: Genindlæggelsesfrekvens

<b>Indikator</b>	Genindlæggelsesfrekvens i Psykiatrien
<b>Fokus</b>	Andel patienter som indlægges akut på psykiatrisk sengeafsnit på samme sygehus inden for 30 dage efter udskrivning.
<b>Datadefinition</b>	Datadefinition i henhold til Benchmarking af Psykiatrien (Danske Regioner 2011)
<b>Datafangst</b>	Datafangst i henhold til Benchmarking af Psykiatrien (Danske Regioner 2011)

#### Indikator f: Patient- og pårørendetilfredshed

<b>Indikator</b>	Patient- og pårørendetilfredshed
<b>Fokus</b>	Patienter og pårørendes samlede tilfredshed med (indtryk af) henholdsvis indlæggelse på psykiatrisk sengeafsnit og ambulante behandlingsforløb. Det kan desuden overvejes også at indføre nok en indikator med henblik på tilsvarende monitorering af pårørendes oplevelser.
<b>Datadefinition</b>	Datadefinitioner i henhold til De Landsdækkende Psykiatriundersøgelser
<b>Datafangst</b>	Datafangst som led i De Landsdækkende Psykiatriundersøgelser

#### Indikator g: Efterlevelse af kliniske anbefalinger ift. skizofreni

<b>Indikator</b>	All-or-none skizofreni
<b>Fokus</b>	Psykiatriens evne til at sikre, at den enkelte patient modtager alle relevante udrednings- og behandlingsaktiviteter i henhold til kliniske anbefalinger vedr. skizofreni.
<b>Datadefinition</b>	Datadefinition i henhold til Det Nationale Indikatorprojekt (NIP-skizofreni). Subsidært udarbejdes datadefinitioner i overensstemmelse med valg af målelige interventioner i relation til de landsdækkende kliniske retningslinjer.
<b>Datafangst</b>	Datafangst som led i Det Nationale Indikatorprojekt (NIP-skizofreni)

#### Indikator h: Efterlevelse af kliniske anbefalinger ift. skizofreni

<b>Indikator</b>	All-or-none depression
<b>Fokus</b>	Psykiatriens evne til at sikre, at den enkelte patient modtager alle relevante udrednings- og behandlingsaktiviteter i henhold til kliniske anbefalinger vedr. depression
<b>Datadefinition</b>	Datadefinition i henhold til Det Nationale Indikatorprojekt (NIP-depression). Subsidært udarbejdes datadefinitioner i overensstemmelse med valg af målelige interventioner i relation til de landsdækkende kliniske retningslinjer.
<b>Datafangst</b>	Datafangst som led i Det Nationale Indikatorprojekt (NIP-depression som pt. er ufuldstændig, men som vil blive fyldestgørende)

#### Indikator i: Metabolisk syndrom

<b>Indikator</b>	Metabolisk syndrom
<b>Fokus</b>	Forekomst af risikofaktorer i relation til psykiatrisk patienters udvikling af metabo-

---

lisk syndrom. Monitoreringen omfatter forhøjet BMI, taljeomfang, forhøjet blod-sukker, dyslipidæmi og forhøjet blodtryk. Der fokuseres på patienter med skizofre-ni.

<b>Datadefinition</b>	Datadefinitioner i henhold til Det Nationale Indikatorprojekt (NIP-skizofreni)
<b>Datafangst</b>	Datafangst i Landspatientregistret og Dødsårsagsregistret

---

#### Indikator j: Dødelighed

<b>Indikator</b>	Dødelighed
<b>Fokus</b>	Patienter med psykiske lidelsers gennemsnitlige levealder i forhold til hele popula-tionen.
<b>Datadefinition</b>	Datadefinitioner i henhold til Landspatientregistret og Dødsårsagsregistret
<b>Datafangst</b>	Datafangst i Landspatientregistret og Dødsårsagsregistret

---

### Bilag 3: Gennemgang af diagnoseområder (ICD-10) i forhold til pakker

**F00-09** (Organisk -inkl. symptomatiske- psykiske lidelser): Ved denne diagnosegruppe anbefales det, at der arbejdes med tværsektorielle forløbsprogrammer for demens. Ved de øvrige diagnoser anbefales, at der udarbejdes en udredningspakke.

**F10-19** (Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller andre psykoaktive stoffer): Ved denne diagnosegruppe anbefales det, at der udarbejdes pakkeforløb for afrusningsforløb i psykiatrien. På længere sigt bør der udarbejdes tværsektorielle forløbsprogrammer.

**F20-29** (Skizofreni, skizotypisk sindslidelse, paranoide psykoser, akutte og forbigående psykoser samt skizoaffektive psykoser): Som udgangspunkt kræver denne patientgruppe et ganske fleksibelt pakkeforløb, idet der er stor variation i, hvor klar patienten er til at modtage behandling, og i sværhedsgraden af sygdommen. Der er tale om ofte uforudsigeligt sygdomsforløb med tilbagefald og genindlæggelse og varierende behov for periodevis intensiv kontakt. For debuterende sygdom anbefales pakkeforløb, som er udarbejdet med udgangspunkt i OPUS-konceptet. For resten af patientgruppen anbefales det, at pakkeforløbet deles op i flere delpakker, herunder en udredningsdel, et basisforløb som alle patienter tildeles, samt tillægspakker der sætter fokus på specifikke problemstillinger hos den enkelte patient (fx misbrug, fysisk helbred eller kognitive dysfunktioner).

**F30-39** (Affektive sindslidelser): Denne patientgruppe vurderes at være velegnet til behandling i pakkeforløb, specielt patienter med ikke-psykotiske lidelser og patienter som er stabile nok til at blive behandlet ambulantly. Det vil være muligt at udarbejde accelererede forløb til de lette patienter, og det anbefales at integrere telemedicin og shared care i visse pakkeforløb for denne patientgruppe. Region Hovedstadens Psykiatri har udarbejdet pakkeforløb for bl.a. F31, F32 og F33.

**F40-49** (Nervøse- og stressrelaterede tilstande samt tilstande med nervøst betingede legemlige symptomer): For denne patientgruppe gælder samme anbefalinger som ved F3. Der foreligger desuden gode referenceprogrammer og kliniske retningslinjer. Det vil også her være muligt at udarbejde accelererede forløb til de lette patienter. Der er udarbejdet pakkeforløb for F40, F41, F42 samt F43.1 og F43.2.

**F50-59** (Adfærdændringer forbundne med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer): Inden for spiseforstyrrelsesområdet gælder samme anbefalinger som ved F3. Der er allerede udarbejdet pakkeforløb for F50.1, F50.3 og F50.9. Under denne diagnosekategori findes en række sjældne lidelser, som det ikke anbefales i første omgang, at udarbejde pakkeforløb for.

**F60-69** (Forstyrrelser og forandringer af personlighedsstrukturen og adfærd): Med hensyn til F60.3 og F60.6 (emotionel ustabil og evasiv personlighedsstruktur) gælder samme anbefalinger som ved F3 og der er allerede udarbejdet pakkeforløb for disse diagnoser. I forhold til andre typer personlighedsforstyrrelser vil pakkeforløb i højere grad skulle udarbejdes med udgangspunkt i de anbefalinger, der foreligger for F2.

**F70-79** (Mental retardering): På sigt anbefales det at udarbejde forskellige udredningsforløb for denne gruppe.

**F80-89** (Psykiske udviklingsforstyrrelser): Der bør lægges vægt på udviklingsaspektet i behandlingen og flerfaglighed i sammensætning af behandlingen, samt høj grad af inddragelse af pårørende. Såfremt disse forhold inddrages i tilrettelæggelsen af pakkeforløb, og såfremt der levnes mulighed for at foretage nødvendige justeringer i forløbet, vil der være fordele ved at indføre pakkeforløb i det børne- og ungdomspsy-

kiatriske speciale, både m.h.t. arbejdstilrettelæggelsen og for at imødekomme patientens og omgivelsernes behov for, at kunne overskue og forholde sig realistisk til den tilbudte udredning/behandling.

**F90-99** (Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndommen eller adolescens): For denne patientgruppe gælder samme anbefalinger som ved F8. Der har i et år været arbejdet med standard forløb for udredning af ADHD for børn og unge i Region Hovedstadens Psykiatri.





# V: God medicin skal hurtigere ud på sygehusene

**Central godkendelse af sygehusmedicin skal arbejde hurtigere, mener Anne V. Kristensen (V), næstformand i regionernes sundhedsudvalg**

Der skal mere tempo på arbejdet i regionernes råd for godkendelse af dyr sygehusmedicin – eller også skal rådet have mulighed for at hastebehandle sager.

Det foreslår Venstres næstformand for Danske Regioners sundhedsudvalg, Anne V. Kristensen – som også er næstformand for Regionsrådet i region Midtjylland.

-RADS (Rådet for dyr sygehusmedicin), er nedsat af Danske Regioner mhp at skabe konsensus på tværs af regionerne om hvilke præparater der anvendes i behandlingerne. Det er der god logik i – af to grunde. 1. At regionerne kan lave større udbud og dermed få bedre pris. 2. At sikre ensartet behandling for patienter uanset hvilken region de bor i.

-Indimellem er der dog præparater, som har så god effekt og pris, at der blandt læger ikke er tvivl om at midlet skal tages i anvendelse. Behandlingen i RADS går for langsomt og derfor er nogle regioner "ulydige" og påbegynder brugen inden det er godkendt i RADS. Det skaber frustration hos de patienter, som bor i en af de regioner som ikke er ulydige, siger Anne V. Kristensen.

-Jeg har fuld forståelse for ulydigheden – for det er for patientens bedste – men vi bør i Danske Regioner søge at gøre sagsbehandlingen hurtigere både for patienternes skyld men så sandelig også for økonomien, siger Anne V. Kristensen.

YDERLIGERE KOMMENTARER:

Anne V. Kristensen,

Næstformand for Danske Regioners sundhedsudvalg,

Næstformand for Regionsrådet (V) i Region Midtjylland,

tlf. 29 42 33 04



Overskrift	Beskrivelse	Status				
		Hovedstaden	Sjælland	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland
1 Tidlig opsporing og forebyggelse	Tidlig opsporing og forebyggelse af ikke planlagte (gen)indlæggelser kræver et øget samarbejde mellem hjemmeplejen og hjemmesygeplejen, de alment praktiserede læger og sygehusvæsenet. For at dette samarbejde kan fungere optimalt er det vigtigt at hjemmeplejen og hjemmesygeplejen har de fornødne kompetencer til at identificere faresignaler, der varslor en akutsituation, som vil kunne forebygges med en hurtig indsats fra eksempelvis den praktiserende læge eller sygehusafdelingen.	i gang	i gang	i gang	i gang/ planlagt	planlagt
2 Udgående hospitalsfunktioner	For at sikre, at borgere kun indlægges på et hospital, når det er nødvendigt, kan der etableres flere udgående akutfunktioner og diagnosespecifikke teams. Det kan eksempelvis være udgående KOL-sygeplejersker. Disse teams kan sammen med den praktiserende læge og hjemmesygeplejen behandle ældre medicinske patienter i deres eget hjem, hvis det er mere hensigtsmæssigt end en indlæggelse.	i gang	i gang	planlagt	i gang	planlagt
3 Diagnostiske centre på sygehusene	En grundig udredning og diagnose er vigtig. Der kan oprettes <i>diagnostiske centre</i> på sygehusene. Centrene skal give mulighed for subakutte/akutte ambulante undersøgelser af patienter bl.a. med henblik på at forebygge akutte indlæggelser. Og centrene skal have funktioner, der akut kan yde specialistrådgivning til personalet i hjemmeplejen, til praktiserende læger og vagtlæger.	planlagt	i gang	planlagt	i gang	i gang
4 Multidisciplinær tilgang til akut indlagte patienter	Mange ældre medicinske patienter indlægges akut og kan være svære at udrede, fordi de ofte lider af flere forskellige sygdomme samtidig og får mange forskellige typer medicin. Det er nødvendigt med en hurtig og multidisciplinær tilgang til de ældre medicinske patienter, dvs. at speciallæger fra flere specialer arbejder sammen om at diagnosticere patienter, som indlægges akut.	i gang	i gang	i gang	i gang	planlagt
5 Udvikling af geriatrien	Regionerne ønsker at arbejde videre med ordninger, hvor hjemmeplejen, de alment praktiserende læger og andre afdelinger kan trække på geriatrisk ekspertise via udgående teams fra de geriatriske afdelinger.	i gang	i gang	planlagt	i gang	i gang
6 Klare realistiske mål for sygehusbehandlingen	De medicinske og geriatriske afdelinger skal have klare og realistiske mål for deres indsats. De bør udarbejde behandlingsplaner for alle patienter. Planerne skal tage hensyn til og ansvar for hele patientens behandlingsforløb på tværs af afdelinger og sektorer.	planlagt	i gang	i gang	i gang	i gang
7 Bedre samarbejde om udskrivningen	Når den næste generation af sundhedsaftaler træder i kraft skal det være med fortsat fokus på klare mål for udskrivningsforløb for svage ældre patienter. Aftaler mellem kommuner og regioner skal sikre, at vi ikke fremover står med samme høje antal færdigbehandlede medicinske patienter som hidtil. Regionerne skal sikre, at der er klare retningslinjer for, hvordan spidsbelastninger og overbelægning reduceres og håndteres mere hensigtsmæssigt. Det er kommunernes ansvar, at det rette tilbud er på plads, når patienterne udskrives fra sygehuset. Det kan eksempelvis gøres ved at udvikle ordninger, hvor kommunale udskrivningskoordinatorer eller visitatorer er tilknyttet sygehuset.	i gang	i gang	i gang	planlagt	i gang

8 Opfølgning efter udskrivelse	De ældre medicinske patienter har meget forskellige behov i forbindelse med selve udskrivelsen og tiden herefter. Det er vigtigt, at kommuner og regioner samarbejder, så opfølgningen tilpasses disse forskellige behov. Nogle patienter vil have glæde af såkaldte <i>ringe-hjem ordninger</i> , hvor de medicinske afdelinger foretager et opfølgende opkald fra afdelingen til den udskrevne borger. Erfaringer viser, at de svageste ældre kan have stor gavn af de såkaldte <i>følge-hjem ordninger</i> . Ordningerne består i, at 1-2 personer følger den medicinske patient hjem efter indlæggelsen.	i gang	i gang	i gang	i gang	i gang
9 Medicin gennemgang	Der er brug for at ældre, som får 5 slags medicin eller mere, får tilbudt en årlig medicin gennemgang. Der bør være mulighed for at trække på bistand fra eksempelvis farmaceuter og kliniske farmakologer.	i gang	i gang	i gang	i gang	i gang
10 Ny sygehusstruktur til gavn for de ældre patienter	Den nye sygehusstruktur, betyder at den specialiserede og højteknologiske behandling samles på færre matrikler. De højt specialiserede sygehuse og de nye store fælles akutmodtagelser vil give en højere kvalitet i den specialiserede behandling for alle – ikke mindst for de ældre medicinske patienter. Der er vigtigt, at der tages hensyn til de ældre og sårbare medicinske patienters behov, når de nye fælles akutmodtagelser etableres.	i gang	i gang	i gang	planlagt	i gang
11 Udvikling af borgernære tilbud	Sygehusvæsenet skal være andet end akutsygehuse. Der udvikles en række borgernære tilbud som sikrer adgang til sundhedsydelse i lokalområderne. Mulighederne for at etablere behandling og pleje i patienternes eget hjem udbygges også.	planlagt	planlagt	planlagt	planlagt	planlagt
12 Integration af almen praksis	Almen praksis spiller en vigtig rolle i indsatsen for de ældre medicinske patienter. Den sygehusbaserede indsats skal tænkes tæt sammen med den indsats, der ydes i almen praksis. En vej at gå er at etablere flere <i>følge-op ordninger</i> , hvor patienter tilbydes besøg af den praktiserende læge og hjemmesygeplejen efter udskrivelsen.	i gang	i gang	i gang	i gang	i gang
13 Kompetenceløft i hjemmeplejen og hjemmesygeplejen	Regioner og kommuner bør i højere grad samarbejde om en faglig opkvalificering og specialisering af hjemmesygeplejen. Der er eksempelvis allerede gode erfaringer med at nogle hjemmesygeplejersker er eksperter i at behandle diabetes, mens andre er specialiseret i at pleje patienter med alvorlige lungelidelser. Der kan etableres fælles kompetenceudvikling for personale i sygehussektoren og den kommunale sundhedssektor gennem fælles træningsforløb og fælles faglige standarder. Et godt samarbejde mellem hjemmesygeplejen og de alment praktiserende læger kan sikre kvalitet og sammenhæng i patientforløbet.	i gang	i gang	i gang/planlagt	i gang	i gang
14 God kommunikation og information	God kommunikation og information er afgørende for et godt patientforløb. Det er vigtigt, at information og kommunikation tager udgangspunkt i den enkeltes situation og forudsætninger. Den skriftlige information skal være klar og entydig set fra patientens perspektiv. Der skal tages hensyn til at nogle grupper eksempelvis demente eller svækkede ældre borgere med anden etnisk baggrund har særlige kommunikations- og informationsbehov. Også information og kommunikation med pårørende er vigtigt og skal udvikles.	i gang	i gang	i gang	i gang	i gang
15 Systematisk inddragelse af de ældre patienters erfaringer og synspunkter	Sundhedsvæsenet skal inddrage de ældre patienters viden systematisk. Det kan f.eks. ske gennem målrettede patienttilfredshedsundersøgelser, og gennem <i>patientpaneler</i> , hvor patienternes konkrete erfaringer og synspunkter ift. det forløb, de har været igennem, kommer til udtryk.	i gang	i gang	i gang	ikke planlagt	i gang
16 Patientuddannelser	Den ældre medicinske patient kan styrkes i evnen til at leve med en langvarig sygdom gennem patientuddannelser.	i gang	i gang	i gang	i gang	i gang

17 Sammenhængende it-systemer	Sammenhængende it-systemer skal understøtte kommunikation og viden om patienterne på tværs af sektorerne. Det er eksempelvis centralt, at information om den ældres medicin og ændringer i denne er tilgængelig både på sygehusafdelingen, hos den praktiserende læge og i den kommunale hjemmepleje.	planlagt	i gang	i gang	planlagt	i gang
18 Systematisk udbredelse af god praksis	Det er vigtigt, at man kender til de gode initiativer fra Himmerland i både Holbæk og i Horsens. Danske Regioner vil arbejde målrettet for at god praksis i indsatsen for ældre medicinske patienter dokumenteres og udbredes.	i gang	i gang	i gang	i gang	i gang
19 Data	Relevant statistik og data på det medicinske område skal være tilgængelig.	i gang	i gang	i gang	i gang	i gang
20 Mere forskning	Der er brug for målrettet sundhedstjenesteforskning, der kan give os viden om, hvad der virker bedst, når sygehus, almen praksis og kommune arbejder sammen om indsatsen for den ældre medicinske patient. Sundhedstjenesteforskningen skal prioriteres langt højere	planlagt	planlagt	i gang	i gang	i gang
21 Træning under indlæggelse	For de patienter, hvor en indlæggelse vurderes at være det rigtige tilbud, er det vigtigt, at patienten ikke mister fysiske færdigheder under indlæggelse. Alle regioner bør således tilbyde deltagelse i træningstilbud under indlæggelse, som er tilpasset funktionsevne hos den ældre medicinske patient, der vurderes at have et behov (jf. Sundhedsstyrelsens "Styrket indsats for den ældre medicinske patient, 2011", s. 41).	i gang	i gang	planlagt	i gang	planlagt
22 Sammenhæng på og mellem sygehuse	For at undgå at patientinformation går tabt, kan regionerne udarbejde og implementere klare regler for kommunikation, ansvar og rollefordeling i forbindelse med flytning af den ældre medicinske patient internt på sygehuset samt mellem sygehuse med henblik på at sikre kvalitet og sammenhæng (jf. Sundhedsstyrelsens "Styrket indsats for den ældre medicinske patient, 2011", s. 41).	i gang	i gang	i gang	planlagt	planlagt
		Hovedstaden	Sjælland	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland
Overskrift	Beskrivelse	Status				





30-09-2011

Sag nr. 09/3068

Dokumentnr. 47138/11

Emilie Engell Winther

Tel. 35298368

E-mail: Eew@regioner.dk

## **KORTLÆGNING AF INDSATSEN FOR DE ÆLDRE MEDICINSKE PATIENTER**

Kortlægningen er baseret på de 20 budskaber, som bestyrelsen vedtog i 2010 for en forbedret indsats for medicinske patienter. Endvidere er tilføjet to punkter fra Sundhedsstyrelsens oplæg ”Styrket indsats for den ældre medicinske patient – fagligt oplæg til en national handleplan”.

Regionerne har givet en kort status for den nuværende indsats, eventuelle videre planer og opnåede resultater for hvert af de oplyste budskaber.

- 1. TIDLIG OPSPORING OG FOREBYGGELSE**
- 2. UDGÅENDE HOSPITALSFUNKTIONER**
- 3. DIAGNOSTISKE CENTRE**
- 4. MULTIDISCIPLINÆR TILGANG TIL AKUT INDLAGTE PATIENTER**
- 5. UDVIKLING AF GERIATRIEN**
- 6. KLARE REALISTISKE MÅL FOR SYGEHUSBEHANDLING**
- 7. BEDRE SAMARBEJDE OM UDSKRIVNINGEN**
- 8. OPFØLGNING EFTER UDSKRIVELSE**
- 9. MEDICINGENNEMGANG**
- 10. NY SYGEHUSSTRUKTUR TIL GAVN FOR DE ÆLDRE PATIENTER**
- 11. UDVIKLING AF BORGERNÆRE TILBUD**
- 12. INTEGRATION AF ALMEN PRAKSIS**
- 13. KOMPETENCELØFT I HJEMMEPLEJEN OG HJEMMESYGE-  
PLEJEN**

**14. GOD KOMMUNIKATION OG INFORMATION**

Side 2

**15. SYSTEMATISK INDDRAGELSE AF DE ÆLDRE PATIENTERS  
ERFARINGER OG SYNSPUNKTER**

**16. PATIENTUDDANNELSER**

**17. SAMMENHÆNGENDE IT-SYSTEMER**

**18. SYSTEMATISK UDBREDELSE AF GOD PRAKSIS**

**19. DATA**

**20. MERE FORSKNING**

**21. TRÆNING UNDER INDLÆGGELSE**

**22. SAMMENHÆNG PÅ OG IMELLEM SYGEHUSE**



Tidlig opsporing og forebyggelse af ikke planlagte (gen)indlæggelser kræver et øget samarbejde mellem hjemmeplejen og hjemmesygeplejen, de alment praktiserede læger og sygehusvæsenet. For at dette samarbejde kan fungere optimalt er det vigtigt at hjemmeplejen og hjemmesygeplejen har de fornødne kompetencer til at identificere faresignaler, der varsler en akut-situation, som vil kunne forebygges med en hurtig indsats fra eksempelvis den praktiserende læge eller sygehusafdelingen.

<b>Region Hovedstaden</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Der udsendes løbende ledelsesinformation til kommuner og hospitaler om indlæggelser/genindlæggelser, der kan forebygges og færdigbehandlede personer og ventedage.</li><li>• Der er udarbejdet en lommeuide til personale, der arbejder med demente for at sikre opmærksomhed på fysiske funktionsnedsættelser og begyndende sygdom. Guiden er ved at blive omsat til en applikation på en håndholdt computer (personal digital assistant (PDA)), der anvendes af kommunale medarbejdere. Guiden overvejes endvidere videreudviklet til brug generelt ved tidlig opsporing af begyndende sygdom.</li><li>• Et projekt på Hvidovre hospital, hvor hospitalet og kommunerne samarbejder om udvikling af værktøj til observation på begyndende sygdomsudvikling og håndtering af sådanne observationer.</li><li>• Et samarbejdsprojekt mellem Hillerød og Frederikssunds hospitaler og 6 kommuner om identifikation og iværksættelse af tværsektorielle indsatser for at forebygge indlæggelser/genindlæggelser. I projektet indgår afdækning af behovet for kompetenceudvikling.</li><li>• Kommunernes personale tilbydes uddannelse i sårpleje</li><li>• Et udviklingsprojekt, som udvikler samarbejdet om faldpatienter, således at der sikres en opfølgning på patienten efter udskrivning</li></ul>
---------------------------	---

<b>Region Midtjyl- land</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sundhedsaftalen for 2011-2014 lægger op til en øget inddragelse af sygeplejemæssige overvejelser i kommunerne, når indlæggelse af borgere overvejes (i tillæg til de lægefaglige overvejelser). Vha. I-S-B-A-R metoden (identifikation, situation, baggrund, analyse, råd)</li> <li>• I forbindelse med sundhedsaftalen er der udarbejdet en oversigt over subakutte tilbud samt telefonisk specialrådgivning på hospitalerne, som - udover de kommunale tilbud og de udadgående hospitalsfunktioner – også kan fungere som et alternativ til indlæggelse af patienter</li> <li>• Viborg Kommune oprettede i foråret 2011 et akutteam bestående af sygeplejersker. Formålet er at forebygge indlæggelser, som efter lægehenvielse kan behandles i kommunalt regi ved at varetage behandling, pleje og observation af borgere med akut opstået sygdom, og dels at afkorte indlæggelsesperioden. Akut teamet har tæt samarbejde med hjemmeplejen, Regionshospitalet Viborg og de praktiserende læger. I perioden 1.3 til 4.7.2011 har der været 348 forløb gennem akut teamet – heraf vurderes de 75 som forebyggelse af en hospitalsindlæggelse.</li> <li>• Shared Care Team i Silkeborg bygger bro mellem sektorer i arbejdet med at sikre sammenhængende patientforløb og undgå indlæggelser. Før en eventuel indlæggelse kan kommuner (Silkeborg, Farvskov og Skanderborg), hjemmesygeplejerske, praktiserende læge og pårørende kontakte teamet på hverdage i dagtid 8-15 (fx om emner som kompleks legemlig sygdom, sociale omstændigheder, psykisk overbygning til en somatisk diagnose mv.)</li> </ul>
<b>Region Nordjyl- land</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sundhedsaftalen vedr. indlæggelse og udskrivning har et særligt fokus på ældre medicinske patienter. Herunder skal der udvikles fælles patientforløbsoversigter, der bl.a. sætter et særligt fokus på indsatsen før og efter indlæggelse. Forløbsoversigterne vil tage udgangspunkt i eksisterende erfaringer med udvikling af forløbsoversigter og anbefalingerne i ”Styrket indsats for den ældre medicinske patient” (Sundhedsstyrelsen, 2011).</li> <li>• Via de frivillige sundhedsaftaler for kroniske sygdomsområder, er der i et samarbejde mellem almen praksis, kommuner og sygehuse sat fokus på klare aftaler vedrørende opsporing, forebyggelse, behandling og rehabilitering.</li> <li>• Der er i regionen god erfaring med sub-akutte tilbud i henhold</li> </ul>

	<p>til at undgå forebyggelige genindlæggelser.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er i regionen gode erfaringer med diagnostiske centre, som der er etableret fem af i regionen.</li> </ul>
<b>Region Sjælland</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicinsk Afdeling i Køge deltager i projekt om forebyggelse af uheldsmæssige indlæggelser under projektet Vidensudvikling og tværfagligt samarbejde i forebyggelsen af uheldsmæssige indlæggelser af ældre.</li> <li>• Geriatrik Afdeling, Roskilde Sygehus har i samarbejde med Roskilde Kommune kørt et projekt omkring tidlig opsporing og forebyggelse, målrettet kommunens plejepersonale. Som led i projektet er udviklet et hjul, kaldet Hold Hjulet i Gang, som understøtter arbejdet med tidlig identifikation af funktionstab, som kræver en sundhedsfaglig udredning.</li> <li>• Afdeling deltager desuden i Innovationsgruppe ledet af sundhedschef i Roskilde Kommune. Gruppen har til formål at udvikle nye samarbejdsformer mellem primær og sekundær sektor med henblik på at forebygge indlæggelse af den ældre medicinske patient og forkort indlæggelsesforløbene.</li> <li>• Geriatrik afdeling, Slagelse Sygehus har et samarbejde med kommunerne og Alzheimerforeningen i Vestsjælland. Samarbejdet indebærer også tidlig opsporing af demente, hvilket er en løbende proces under udvikling.</li> <li>• Medicinsk Afdeling, Næstved Sygehus er implementeringen igangsat forløbsprogrammer udarbejdet på KOL, hjertesygdom og diabetes.</li> <li>• Samarbejde med kommunale visitatorer, der har sin gang på sygehuset omkring patienter, der bliver genindlagt i forhold til at revurdere den koordinerede indsats til borgeren.</li> <li>• Samarbejde med udadgående team fra kommunen i forhold til misbrugspatienter.</li> </ul>
<b>Region Syddanmark</b>	<p>Tidlig opsporing af kroniske sygdomme og disses følgesygdomme er et vigtigt delelement i kompetenceudviklingen af sundhedspersonale i Region Syddanmark, som udbydes i Kronikerprojekt Kompetenceudvikling. Mange ansatte har deltaget i kurser, hvor fokus har været på tidlig opsporing af diagnoser og risikofaktorer samt motivation til livsstilsændringer. Kurserne omfatter:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Temadag om diabetes og tidlig opsporing for assistenter og</li> </ul>

	<p>hjælpere. 150 har deltaget</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Motiverende samtale/motivationssamtalen. 220 assistenter, sygeplejersker m.fl. har deltaget, og yderligere 300 skal kompetenceudvikles i 2011/2012.</li> <li>• 2 dages kursus i kronisk hjertesygdom. 150 sygeplejersker m.fl. har deltaget, og det forventes, at 250 deltager på kurset i efteråret 2011.</li> <li>• Temaeftermiddag i kronisk hjertesygdom for assistenter og hjælpere. 87 har deltaget.</li> <li>• 2 dages KOL kursus for assistenter og hjælpere. 80 har deltaget</li> <li>• 3 dages kursus for sygeplejersker m.fl. 175 har deltaget, og det forventes, at 200 vil deltage i kurset i 2012.</li> </ul>
--	--

Side 6

## 2. UDGÅENDE HOSPITALSFUNKTIONER

---

For at sikre, at borgere kun indlægges på et hospital, når det er nødvendigt, kan der etableres flere udgående akutfunktioner og diagnosespecifikke teams. Det kan eksempelvis være udgående KOL-sygeplejersker. Disse teams kan sammen med den praktiserende læge og hjemmesygeplejen behandle ældre medicinske patienter i deres eget hjem, hvis det er mere hensigtsmæssigt end en indlæggelse.

<p><b>Region Hovedstaden</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regionens hospitaler anvender i vid udstrækning udgående funktioner, der er kendetegnet ved levering af en ydelse i patientens hjem, som tidligere blev leveret under indlæggelse. Eksemplerne er bl.a. udgående sygeplejersker til KOL-patienter, sårbehandling, pleje og behandling af AIDS- og tuberkulosepatienter, rehabilitering efter apopleksi, og udgående palliative teams. Der er i disse tilbud ikke særlig fokus på ældre som en særlig målgruppe. Ældre patienter modtager hjemmebesøg på linje med øvrige patienter indenfor specialer, hvor dette forekommer</li> <li>• De geriatriske teams (se punkt 5) er naturligvis særligt rettet mod ældre patienter</li> <li>• Desuden vil der blive etableret akut udgående geriatriske teams fra foreløbig tre af regionens akuthospitaler</li> </ul>
----------------------------------	--

<b>Region Midtjylland</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Som nævnt i anbefaling 1 er der på alle hospitalerne i Region Midtjylland etableret subakutte tilbud og telefonisk specialrådgivning indenfor hovedparten af specialerne. Hjemmesygeplejen, praktiserende læger og vagtlæger kan benytte sig af den telefoniske specialrådgivning.</li> <li>• Der findes mange udgående teams på de forskellige hospitalsenheder, på følgende områder: KOL, hjemmedialyse, geriatri, apopleksi, mobil bioanalytiker, gerontopsykiatri, sårbehandling, ALS (amyotrofisk lateralsklerose) og palliation. Dog har de ikke akutfunktion.</li> </ul>
<b>Region Nordjylland</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er generelt sat fokus på området i det netop indgåede budget for 2012. Det er således forventningen at de udgående funktioner vil blive styrket.</li> <li>• Der er i budget 2012 sat fokus på en oprustning af KOL-området i form af et telehomecareprojekt i fuld skala til understøttelse af kronikerindsatsen i hele Nordjylland. Projektet er en videreførelse af forskningsprojektet Telekat i normal arbejdsmæssig situation, og er således et implementeringsprojekt som skal demonstrere, at samme gevinster kan opnås i fuld skala.</li> <li>• Der er udadgående teams på følgende områder: palliation, KOL, geriatri samt inden for sårbehandling.</li> <li>• Der er etableret et teledialog-projekt, hvor hjertepatienter kan følges i eget hjem. Sygehuset har med løsningen digital adgang til patientens sundhedsdata i eget hjem.</li> </ul>
<b>Region Sjælland</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geriatrisk Afdeling, Roskilde Sygehus har udgående funktion og besøger ældre medborgere som ikke kan håndtere besøg hos praktiserende læger/sygehusambulatorier af kognitive eller fysiske grunde, og som derfor er i højrisiko for at blive indlagt.</li> <li>• Geriatrisk team laver også opfølgende hjemmebesøg efter udskrivelser med den hensigt at undgå genindlæggelser. Desuden er det for at sikre opfølgning hos patienter, der på grund af fysiske eller psykiske handicap ikke kan håndteres ved patientens fremmøde i geriatrisk ambulatorium eller hos egen læge. Geriatrisk team er en samarbejdsmodel, der er samfinansieret af Roskilde Kommune, Region og Hospital.</li> <li>• Det seneste år har teamet forstærket den udgående indsats med et tilbud om hjemfølgning af skrøbelige patienter i forbindelse med udskrivelse.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• På Køge og Holbæk Sygehus eksisterer der ikke team, men der er besøg 1 gang årligt af iltsygeplejerske.</li> <li>• Geriatrike afdeling, Slagelse Sygehus har integreret den tidligere <i>geri-team</i> funktion i ambulatorium-funktionen mhp. dels diagnostik dels opfølgning af specielt skrøbelige patienter i deres hjem. Efter nedlæggelse af geri-teamet er aktiviteten begrænset som følge af manglende ressourcer.</li> <li>• Medicinsk Afdeling, Næstved har hjemmebesøg af iltsygeplejersker til iltbrugere.</li> </ul>
<b>Region Syddanmark</b>	<p>I forbindelse med indgåelse af sundhedsaftalerne 2011-2014, er der indgået samarbejdsaftale om:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sygehusbehandling i eget hjem. Aftalerne omfatter respiratorpatienter og p-dialyse. I øjeblikket pågår en arbejdsproces mellem kommuner og region om en samarbejdsaftale om led-sagelse.</li> <li>• Samarbejdsaftale om alvorligt syge og døende, som beskriver samarbejdet og opgavefordelingen mellem kommune, sygehus og almen praksis. Den kommunale sygeplejerske og praktiserende læge kan varetage pleje og behandlingsopgaver i borgerens hjem. Der er mulighed for støtte fra det palliative team, som er tværfagligt opbygget og består typisk af faggrupperne: læger, fysioterapeut, sygeplejersker, sekretær, psykolog og socialrådgiver. De enkelte teams varetager specialiserede funktioner i forhold til smertelindring, omsorg og symptombehandling af patienter med uhelbredelig palliativ onkrævende sygdom. Behandlingen kan enten foregå i ambulanseregion, i eget hjem, på plejehjem eller på sygehusafdeling. De enkelte teams tilbyder endvidere støttefunktioner til pårørende.</li> <li>• Indgåelse af §2 aftale vedr. opfølgning og koordination efter udskrivelse. Formålet med aftalen er at sikre opfølgning efter sygehusindlæggelse i de situationer, hvor der er behov for koordineret opfølgning mellem den praktiserende læge og hjemmeplejen – eller i særlige tilfælde opfølgning uden forudgående indlæggelse, hvor der er tilsvarende behov for en koordineret opfølgning.</li> <li>• Opfølgningssamtalen/undersøgelsen sker i samarbejde med hjemmeplejen. I forbindelse med opfølgningen foretages tillige en vurdering af patientens samlede medicinering. Opfølg-</li> </ul>

ningen sker som udgangspunkt i hjemmet, men kan i visse tilfælde foregå i lægens konsultation.

Side 9

### 3. DIAGNOSTISKE CENTRE PÅ SYGEHUSENE

En grundig udredning og diagnose er vigtig. Der kan oprettes *diagnostiske centre* på sygehusene. Centrene skal give mulighed for subakutte/akutte ambulante undersøgelser af patienter med behov indenfor 1-2 døgn bl.a. med henblik på at forebygge akutte indlæggelser. Og centrene skal have funktioner, der akut kan yde nem tilgængelig specialistrådgivning til personalet i hjemmeplejen og til praktiserende læge/lægevagt.

<p><b>Region Hovedstaden</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er regionalt nedsat en tværfaglig arbejdsgruppe, der har til opdrag at komme med forslag til etableringen af diagnostiske enheder (DE), som afdelinger og praksissektoren kan henvise til ved <i>mistanke om alvorlig, uafklaret sygdom</i>. De diagnostiske enheder skal udrede patienter med uspecifikke symptomer eller særligt komplekse sygdomsbilleder, som giver mistanke om kræft <i>eller</i> anden alvorlig sygdom.</li> <li>• Arbejdet tager udgangspunkt i Anbefalinger til Fremtidens Kliniske Grundstruktur i Region Hovedstaden (februar 2011), herunder målet om at mindske den sundhedsfaglige ubegrundede ventetid mest muligt samt anvendelsen af multidisciplinære teams.</li> <li>• DE skal placeres på akuthospitalerne; Hillerød Hospital, Herlev Hospital, Bispebjerg Hospital og Hvidovre Hospital. De fire DE planlægges etableret i løbet af første halvår af 2012. Hver DE får et optageområde på ca. 400.000 indbyggere.</li> </ul>
<p><b>Region Midtjylland</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Som nævnt i anbefaling 1 er der på alle hospitalerne i Region Midtjylland etableret subakutte tilbud og telefonisk specialrådgivning indenfor hovedparten af specialerne. Hjemmesygeplejen, praktiserende læger og vagtlæger kan benytte sig af den telefoniske specialrådgivning.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ved Regionshospitalet Silkeborg findes Diagnostisk Center/Center of Excellence, med tilstedeværelsen af de 9 intern medicinske specialer. Center of Excellence har siden 2007 haft til opgave at være et udviklingshospital, der skulle udvikle patientforløb, hvor man konverterer akut indlagte til ambulante forløb, stationære forløb til ambulante forløb, omlægning til forløb med flere undersøgelser samme dag, og forløb med kort ventetid. Det har resulteret i en lang række initiativer (se <a href="http://www.hospitalsenhedmidt.dk/afdelinger/diagnostisk+center">http://www.hospitalsenhedmidt.dk/afdelinger/diagnostisk+center</a>). Der er i øjeblikket tre ph.d. forløb i gang, som har fokus på at undersøge og dokumentere resultaterne af hurtig udredning af patienter med mistanke om alvorlig sygdom. Ligesom der er afholdt en konference den 1. november 2011 med erfaringerne og resultaterne for Diagnostisk Center.</li> <li>• Med vedtagelsen af Omstillingsplanen til fremtidens sundhedsvæsen i Region Midtjylland i februar 2011 blev det besluttet at afsætte 10 mio. kr., der kan understøtte de regionsdækkende tiltag, der udvikles og varetages i Center of Excellence. Derudover skal beløbet finansiere spredning af den viden og de forløb, der er genereret i Center of Excellence.</li> <li>• Ud over Diagnostisk Center i Silkeborg, som varetager udredning for okkult cancer for alle regionens borgere, er der også oprettet et okkult cancer udredningsforløb i Aarhus med hurtig udredning af patienter med alvorlig sygdom, som kunne være kræft.</li> <li>• Der er åben røntgenfunktion for patienter henvist af egen læge på alle hospitalsenheder.</li> </ul>
<b>Region Nordjylland</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er etableret fire diagnostiske centre i Region Nordjylland, et på hvert sygehus. Centrene varetager indledende diagnostik i mere effektive og systematiske forløb i forhold til komplicerede, uafklarede patienter. Centrene varetager desuden indledende diagnostik i pakkeforløb vedrørende metastaser uden organspecifik kræfttype.</li> <li>• Der er på visse af regionens sygehuse åben røntgenfunktion.</li> <li>• Der er lavet et set-up, så almen praksis har mulighed for at henvise direkte til CT-undersøgelser i sygehusregi.</li> </ul>
<b>Region Sjælland</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er etableret "filterfunktion ved mistanke om alvorlig sygdom, der kan være kræft" på Holbæk, Roskilde, Køge, Slagel-</li> </ul>



<p><b>land</b></p>	<p>se, Næstved og Nykøbing F. Sygehus 1.1. 2011. Funktionen ligger tæt op ad det kommende diagnostiske pakkeforløb og er under evaluering.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Derudover foregår forskellige initiativer til hurtig diagnostik for andre patientgrupper:</li> <li>• Medicinsk Afdeling/Holbæk Sygehus: Bliver etableret i Akutafdelingen fra 1. januar 2012.</li> <li>• Medicinsk Afdeling/Køge Sygehus: Arbejder jf. driftsaftalen med hurtig diagnostik og har god effekt af det. Indlæggelsestiden meget kort og alle patienter får lagt udrednings og behandlingsplan på speciallægeniveau inden 16-20 timer.</li> <li>• Medicinsk Afdeling/Roskilde har et projekt under udvikling med henblik på etablering af ”akut diagnostisk enhed” i forbindelse med fusion mellem skadestue/modtagelse og Medicinsk Afdeling/Roskilde. Formålet er at praktiserende læger får en mulighed for accelereret ambulante udredning af den uafklarede medicinske patient.</li> <li>• Geriatrik Afdeling, Roskilde Sygehus : Har mulighed for at se patienter subakut (førstkommende hverdag) i geriatrik dagafsnit, alternativt kan geriatrik team tilse patienten i eget hjem førstkommende hverdag. Afdelingen har desuden mulighed for at tage patienter til subakut indlæggelse direkte på geriatrik afdeling den førstkommende hverdag.</li> <li>• Afdelingen arbejder med at lave pakkeforløb for subakutte henviste patienter med specifikke diagnoser (fald, funktionstab).</li> <li>• Medicinsk Afdeling, Slagelse tilbyder subakutte ambulante tider i samtlige medicinske ambulatorier, for dels at forebygge indlæggelser fra primærsektoren og efter akut indlæggelse i akutafdelingen, hvor overflytning til indlæggelse ikke vurderes nødvendig for god udredning og behandling.</li> <li>• Geriatrik Afdeling, Slagelse yder i kraft af sin hukommelses-klinik specialrådgivning til personalet i hjemmeplejen. Lægerne underviser dels sygeplejersker på diplomniveau (Professionshøjskolen Metropol) dels ved efteruddannelses-kurser for læger. Desværre er der ca. 4 måneders ventetid for patienterne i hukommelses-klinikken.</li> <li>• Medicinsk Afdeling, Næstved Sygehus har startet projekt vedr. tværfaglig diagnostisk team for patienter, der er arbejds-aktive, sygemeldte og volder praksis problemer i forhold til diagnostik. Projektet er foreløbig for 3 mdr., med start 15/9-</li> </ul>
--------------------	--

	2011.
<b>Region Syddanmark</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• To diagnostiske centre er etableret i Vejle og Odense, som hviler på et bredt fagligt fundament med mulighed for inddragelse af ikke kun medicinske grenspecialer, men mange forskellige specialer.</li> <li>• På OUH/Svendborg foregår der på medicinsk daghospital elektiv og subakut udredning af patienter med alvorlig livstruende sygdom (MAS). Derudover er der på Esbjerg og Haderslev sygehuse etableret udredningsforløb for MUP – patienter.</li> <li>• Det diagnostiske center og FAM på Odense Universitetshospital har fælles ledelse og der arbejdes fortsat på etablering af fælles akutmodtagelser (FAM) i regionen. Pr. 1. januar 2012 vil der være etableret FAM på alle regionens akutsygehuse i midlertidige bygningsmæssige rammer.</li> <li>• I Region Syddanmark arbejdes der med udviklingen af Standardiserede Tidsstyrte Patientforløb (STP'er). STP'erne lægger op til, at alle patienter (ekskl. skadestuepatienter) tilses af en speciallæge indenfor en ½ time efter ankomsten til FAM. Ved den initiale vurdering af patienten vil det være oplagt, at det vurderes, om patienten kan ses i ambulanseregistret i stedet.</li> </ul>

#### 4. MULTIDISCIPLINÆR TILGANG TIL AKUT INDLAGTE PATIENTER

Mange ældre medicinske patienter indlægges akut og kan være svære at udrede, fordi de ofte lider af flere forskellige sygdomme samtidig og får mange forskellige typer medicin. Det er nødvendigt med en hurtig og multidisciplinær tilgang til de ældre medicinske patienter, dvs. at speciallæger fra flere specialer arbejder sammen om at diagnosticere patienter, som indlægges akut.

<b>Region Hovedstaden</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anbefalinger til Fremtidens Kliniske Grundstruktur i Region Hovedstaden (februar 2011) blev udarbejdet forud for udarbejdelsen af regionens Hospitals- og Psykiatriplan 2020. Den fulde implementering af anbefalingerne kræver større ny- og ombygning af regionens akuthospitaler, og anbefalingerne vil</li> </ul>
---------------------------	--

derfor blive implementeret løbende, fx som led i etablering af diagnostiske enheder (jf. pkt. 3) og fælles akutmodtagelser (FAM). Relevante anbefalinger fremhæves nedenfor:

Side 13

- Akutte somatiske patienter skal triageres og allokeres til relevant standardpatientforløb i FAM efter fælles principper i regionen. Endnu ikke allokerede patienter er et fælles anliggende specialerne imellem og forbliver som hovedregel i FAM, indtil diagnosen og/eller behandlingsplanen er lagt fast.
- Speciallægekompetencer i FAM skal øges og allokeres rationelt i forhold til patientmix og flow på hvert akuthospital.
- Patienten skal kunne tilses af og/eller konfereres bed-side med relevante speciallæger uagtet tidspunkt på døgnet.
- En række patienter vil have så kompleks symptomatologi og eventuelt tilstedeværende komorbiditet, at den indledende placering i ét patientforløb ikke umiddelbart giver mening. Der skal beskrives operationelle planer for disse patienter, eventuelt suppleret med Multi Disiplinært Team (MDT) tilgang, således at dynamik i diagnostik og behandling fastholdes indtil den mest optimale placering i et patientforløb kan defineres.
- Der skal udarbejdes aftaler om tværsektorielt samarbejde og overgange, som kommuner og praksis sektoren skal inviteres til at deltage i.
- Der skal udarbejdes fællesregionale standardiserede patientforløbsbeskrivelser i hospitalsregi, hvor ansvarsforhold, tidsforløb og overgange mellem afdelinger er beskrevet.
- Ved komplicerede patientforløb, som involverer flere specialer, skal det beskrives, hvorledes fornøden og koordineret involvering af de pågældende specialer sikres.
- På samme vis bør der allerede i modtagelsen initieres et multidisciplinært behandlingsforløb for patienter med flere forskellige specialespecifikke diagnoser og/eller betydende komorbiditet med henblik på tentativ udskrivningsplanlægning og eventuelt ambulante efterbehandling og optimering af det samlede indlæggelsesforløb.

<b>Region Midtjyl- land</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Region Midtjylland har udarbejdet en regional retningslinje på baggrund af standard 2.7.1 Behandlingsplan i somatikken, som også vedr. akut indlagte patienter. Planen beskriver, hvad den indledende vurdering af patienten skal indeholde, samt den efterfølgende udarbejdelse af en tværfaglig udrednings-, behandlings- og plejeplan.</li> <li>• Alle akutte patienter i Region Midtjylland modtages på de fælles akutmodtagelser. I de fælles akutmodtagelser vil der ske en bred og tværfaglig indledende og eventuelt endelig diagnostik og behandling før udskrivning eller overførsel til specialafdeling. (Status er, at den fælles akutmodtagelse er klar i Herning, Horsens og for kirurgiske og medicinske patienter i Viborg, men ikke i Aarhus, hvor der i øjeblikket arbejdes på at facilitere nye fysiske rammer, og heller ikke i Randers, hvor de fysiske rammer ikke er til stede. Tidshorisonten i Aarhus er sommeren/efteråret 2012. Viborg skal afvente udbygning for full scale, Horsens bygger lidt ud og Randers skal også afvente bygningsetablering.)</li> <li>• Hospitalsplanen for Region Midtjylland specificerer, at der vil være geriatrisk speciallægedækning på samtlige hospitaler med fælles akutmodtagelse, enten i form af en egentlig afdeling/funktion, eller i form af aftaler om assistance fra andre hospitaler. Der er per oktober 2011 geriatrisk speciallægedækning ved akutmodtagelsen i Aarhus, Herning og Horsens, dvs. Randers og Viborg mangler. Der arbejdes på at rekruttere flere geriatere, samt at øge hoveduddannelseskapa- citeten.</li> </ul>	Side 14
<b>Region Nordjyl- land</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Den tværfaglige/tværkliniske indsats i den akutte fase forventes skærpet i forbindelse med etablering af de fælles akutmodtagelser fra starten af 2013.</li> <li>• Modtagelsen af medicinske patienter er på flere sygehuse samlet i en AMA-funktion (Akut medicinsk modtageafsnit), og hvor der er mulighed for at konferere flere specialer samtidig omkring tværgående kliniske problemstillinger.</li> </ul>	
<b>Region Sjæl- land</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicinsk Afdeling/Holbæk Sygehus: Der tages udgangspunkt i medicinsk afdeling, som har samarbejde mellem de forskellige grenspecialer, og det kunne i højere grad også udbygges med speciallæger fra andre specialer end medicin.</li> <li>• Medicinsk Afdeling/Køge Sygehus: har et velfungerende multidisciplinært hold af fagpersoner og der arbejdes tæt sammen, især hvis patienten har flere hoveddiagnoser.</li> <li>• Geriatrisk Afdeling, Roskilde Sygehus: Screener dagligt alle</li> </ul>	

	<p>akut indlagte patienter på Roskilde og Køge Sygehus over 65 år med henblik på at identificere patienter med multimorbiditet, polyfarmaci og uklare sygdomsbilleder præget af subakut fysiske eller kognitive funktionstab. Afdeling har i 2011 afprøvet en ordning, hvor en senior læge havde daglig tilstedeværelse i akutafdelingen med henblik på hurtig indsats overfor de geriatriske patienter</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Geriatriske Afdeling, Slagelse Sygehus deltager dagligt i visitationen af patienter fra den akutte modtagerafdeling, men har siden nedlæggelsen af geri-teamfunktionen ikke længere mulighed for at foretage en geriatrisk tværfaglig screening af alle ældre akut indlagte medicinske patienter.</li> <li>• Medicinsk Afdeling, Næstved Sygehus har dagligt gennemgang af de akut indlagte patienter, hvor det tværfaglige lægeteam aktivt deltager, om morgenen og over middag.</li> <li>• I forbindelse med visitationen foregår der en triagering ud fra de vedtagne lokale retningslinjer, hvorved patienten indlægges på det for lidelsens mest hensigtsmæssige afsnit, og med udgangspunkt i det hensigtsmæssige patientforløb.</li> </ul>
<p><b>Region Syddanmark</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• I Region Syddanmark indføres pr. 1. januar 2011 specialelægetilstedeværelse i FAM jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger for specialerne anæstesi, medicin, kirurgi og ortopædkirurgi</li> <li>• Dette vil i praksis betyde, at der vil blive arbejdet multidisciplinært i FAM, da specialerne vil være repræsenteret i FAM</li> <li>• I Region Syddanmark arbejdes der med udviklingen af Standardiserede Tidsstyrede Patientforløb (STP'er). STP'erne er beskrevet med afsæt i symptomer, og for hvert STP vil det på forhånd være beskrevet, hvilke specialer, som skal samarbejde i udredningen og behandlingen af patienten. Forventningerne til de parakliniske specialer vil ligeledes være beskrevet.</li> </ul>

Regionerne ønsker at arbejde videre med ordninger, hvor hjemmeplejen, de alment praktiserende læger og andre afdelinger kan trække på geriatrisk ekspertise via udgående teams fra de geriatriske afdelinger.

<b>Region Hovedstaden</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Flere af regionens hospitaler har udgående geriatriske teams, som i forskelligt omfang kan bistå praktiserende læger og hjemmeplejen.</li> <li>• I den forbindelse er der mulighed for hjemmebesøg, både forud for eventuelle indlæggelser og opfølgende efter indlæggelse</li> <li>• Geriatriske speciallæger indgår i de fem tværspecialiserede demens enheder i Regionen – teams der blandt andet har udgående funktioner i et vist omfang</li> <li>• Det er besluttet, at der skal etableres geriatriske teams i de fælles akutmodtagelser. Der er afsat midler til et team i hvert af de fælles akutmodtagelser bestående af speciallæge, sygeplejerske og terapeut. De geriatriske teams etableres i 2011 på Herlev, Bispebjerg og Hvidovre hospitaler og fra 2012 tilige på Hillerød Hospital.</li> </ul>
<b>Region Midtjylland</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er udgående geriatriske teams i Aarhus og Horsens. Silkeborg har også veletableret udgående team, kaldet Shared Care Team (SCT), som består af en speciallæge i almen medicin samt en terapeut og to sygeplejersker. SCT har særligt fokus på komplicerede patienter – primært ældre. Derudover er der geriatriske teams i Herning og Holstebro, som i særlige tilfælde kan følge patienten hjem.</li> <li>• Det midlertidige udvalg vedr. sammenhængende patientforløb, anbefalede i deres rapport af februar 2011, at erfaringerne fra Geriatrisk Afdeling i Aarhus med udgående funktioner skal indgå i Sundhedskoordinationsudvalgets arbejde med ”det nære sundhedsvæsen”</li> <li>• Fra 1. januar 2012 opstartes et projekt med Aarhus Kommune vedr. Vikærgården, som fra dette tidspunkt kaldes Rehabiliteringshuset Vikærgården. Projektet vedrører borgere, der udskrives tidligt fra hospitalet, og borgere fra hjemmet, der har behov for aflastningsophold/træningsophold.</li> </ul> <p>Samtidig opstartes der sammen med Aarhus Kommune et</p>

	<p>ph.d. projekt. Formålet med projektet er, at undersøge om en geriatrisk lægelig intervention kan bedre forløbet og resultatet for de borgere, som er henvist til Vikærgården og som IKKE har været i kontakt med Geriatrisk Afdeling indenfor det sidste halve år.</p> <p>Effekten måles primært på antal kontakter til hospitalet fra start af opholdet til 6 måneder efter start, men også funktionsniveau, boligskift, kontakter til primærsektor, mortalitet og livskvalitet indgår som måleparametre.</p> <p>Den lægelige geriatriske indsats går på:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. en grundig gennemgang af alle patientens sygdomme, relevante undersøgelser og behandling samt medicin-gennemgang.</li> <li>2. opfølgning under opholdet, men ikke efterfølgende.</li> </ol>
<b>Region Nordjylland</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Region Nordjylland har i samarbejde med almen praksis og kommunerne kørt projektet ”den gode overgang”. Projektet går ud på at ældre medicinske patienter får opfølgingsbesøg ca. en uge efter indlæggelse/udskrivning. Besøget varetages af almen praksis og en hjemmesygeplejerske, og fokus er på at undgå fejlmedicinering og forebyggelige genindlæggelser. Projektet har ligget i dvale pga. overenskomstspørgsmål med almen praksis, men startes op igen 1. november 2011.</li> <li>• Geriatrisk Afdeling på Aalborg Sygehus har etableret en fald-klinik, hvor fokus ligeledes er på færre genindlæggelse ved at patienterne lærer at mestre deres bevægelsesmønster ift. deres fysiske niveau. Funktionen er placeret på sygehuset.</li> </ul>
<b>Region Sjælland</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicinsk Afdeling, Holbæk Sygehus: Foregår i meget beskeden omfang, men bør udvides.</li> <li>• Medicinsk Afdeling, Køge Sygehus: arbejder sammen med geriatrisk afdeling i Roskilde og har de fleste dage geriatrisk sygeplejerske til screening af + 65 årige.</li> <li>• Geriatrisk Afdeling, Roskilde Sygehus: Har et geriatrisk team (dog kun for borgere fra Roskilde Kommune). Der er desuden mulighed for faglig vejledning omkring demens fra sygeplejerskerne i afdelingens Hukommelses-klinik til hjemmeplejen og de alment praktiserende læger.</li> <li>• Geriatriske Afdeling, Slagelse Sygehus har tilsynsfunktionen på Slagelse Sygehus efter indflytningen af afdelingen fra Korsør sygehus. Det tidligere tætte samarbejde med gerontopsykiatrien er reduceret i takt med manglen på læger i ge-</li> </ul>

	<p>ronto-psykiatrien.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Siden 1.1.2011 har der været etableret et orto-geriatrik afsnit i snævert og frugtbart samarbejde med ortopædkirurgisk afdeling. Dette indebærer, at patienterne flyttes mindre rundt i sygehuset og alle patienterne får en tidlig geriatrik vurdering og behandling m.h.p. at mindske risikoen for delir og efterfølgende funktionstab. Risikoen for genindlæggelse mindskes derved.</li> </ul>
<b>Region Syddanmark</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der arbejdes bl.a. med en tværsektoriel demensindsats. Status p.t. er, at der er fælles retningslinjer for udredning, diagnostisering og opfølgning af demens på tværs af geriatri, gerontopsykiatri og neurologi. Der forventes at være etableret fire murstensløse demensenheder – involverende alle tre specialer – per 1. januar 2012.</li> </ul>

Side 18

## 6. KLARE REALISTISKE MÅL FOR SYGEHUSBEHANDLINGEN

---

De medicinske og geriatrike afdelinger skal have klare og realistiske mål for deres indsats. De bør udarbejde behandlingsplaner for alle patienter. Planerne skal tage hensyn til og ansvar for hele patientens behandlingsforløb på tværs af afdelinger og sektorer.

<b>Region Hovedstaden</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forløbsprogrammerne for kroniske sygdomme (KOL, Type 2 diabetes, demens og hjerte-kar sygdomme) fastsætter fælles standarder og mål for behandlingen af patienterne på tværs af sektorer.</li> <li>• Alle epikriser(udskrivningsbreve) skal iflg. den regionale vejledning indeholde en plan for den videre behandling af patienterne, når de forlader hospitalet. Den epikrise tilgår egen læge, typisk på udskrivelsesdagen. Desuden medsendes en plan fra plejepersonalet på den udskrivende afdeling til hjemmeplejen/ kommunale døgninstitution, hvis hjemmeplejen/ kommunale døgninstitution skal følge patienten op.</li> <li>• Endvidere indfører Regionerne det fælles medicinkort FMK. Det vil, når det fungerer sikre at der ikke er tvivl om, hvilken medicin patienten skal have, når patienten skifter mellem sektorer.</li> </ul>
---------------------------	---



<b>Region Midtjyl- land</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Region Midtjylland har udarbejdet en regional retningslinje på baggrund af standard 2.7.1 Behandlingsplan i somatikken (Den Danske Kvalitetsmodel). Se anbefaling 4.</li> <li>• Geriatrisk Afdeling, Aarhus afholder inden for det første hverdagsdøgn en målsamtale med patienten, hvor patienten opfordres til at invitere pårørende med. Ligeledes er der information til pårørende på afdelingen hjemmeside med henblik på inddragelse i patientens forløb og velbefindende.</li> <li>• I lommehåndbogen for personale på hospitaler, i kommunerne og i praksissektoren, som beskriver sundhedsaftalen for 2011-2014, fremgår det, at hospitalerne ved indlæggelse udarbejder en tværfaglig udrednings- og behandlingsplan for patienten inden for 24 timer, giver besked til kommunen – hvis indlæggelsesregistrering ikke sker automatisk, kontakter praktiserende læge og/eller hjemmeplejen ved behov, og forbereder kommunen på udskrivelsestidspunkt.</li> </ul>	Side 19
<b>Region Nordjyl- land</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der pågår i Region Nordjylland en analyse af ledelsesstrukturen i sygehusvæsenet. I denne proces er et af de centrale temaer patientforløb, og i den henseende fokus på at skabe en sygehusstruktur, der bedst muligt understøtter sammenhængende patientforløb. Den ældre medicinske patient og især geriatrien er væsentlige elementer i disse overvejelser.</li> <li>• Der arbejdes på alle afdelinger med klare og realistiske mål for indsatsen, og der arbejdes løbende med at sikre gode overgange mellem sektorerne. Ift. sidstnævnte arbejder kommunerne og regionen i øjeblikket på en model for sikring af planlagt opgaveoverdragelse.</li> </ul>	
<b>Region Sjæl- land</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicinsk Afdeling, Holbæk Sygehus: Der er sket en forbedring ift. tidligere, da der er en behandlingsplan på stort set alle patienter.</li> <li>• Medicinsk Afdeling, Køge Sygehus: har via driftsaftalen beskrevet dette og tilrettelægger pleje og behandlingsforløb bedst muligt.</li> <li>• Geriatrisk Afdeling, Roskilde Sygehus: Realistiske mål for indlæggelsen er en integreret del af indsatsen på geriatrisk afdeling. Afdelingen varetager en stor opgave med koordination og integration af indsatsen fra en lang række specialer omkring den enkelte ældre medicinske patient. Udgangspunktet for indsatsen er altid en individuel afvejning omkring den enkelte patients ressourcer, behov og ønsker. Vi overvejer at</li> </ul>	

	<p>etablere en geriatrisk vandrejournal for at sikre det tværgående samarbejde mellem sygehus specialer og primær sektoren.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Geriatrike Afdeling, Slagelse Sygehus arbejder med den problemorienterede journal, hvorved der allerede fra indlæggelsens start lægges planer for alle patientens problemer. Alle patienterne konfereres tværfagligt ved tavlemøder.</li> <li>• Medicinsk Afdeling, Næstved Sygehus udarbejder pleje- og behandlingsplan for den medicinske patient indenfor de første 24 timer af indlæggelsen. Herunder stillingtagen til om øvrige relevante afdelinger og specialer bør inddrages i forhold til udredning og behandling.</li> <li>• Alle patienter bliver daglig vurderet af speciallæge</li> </ul>
<b>Region Syddanmark</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• I Region Syddanmark arbejdes der med udviklingen af Standardiserede Tidsstyrede Patientforløb (STP'er). STP'erne er beskrevet med afsæt i symptomer, og for hvert STP vil det på forhånd være beskrevet, hvilke specialer, som skal samarbejde i udredningen og behandlingen af patienten. Forventningerne til de parakliniske specialer vil også være beskrevet</li> <li>• Ligeledes beskrives i STP'erne ydermere de konkrete tidsservicemål i patientforløbet samt forventningerne til den "stafet", som følger patienten ved overflytning eller udskrivelse.</li> </ul>

## 7. BEDRE SAMARBEJDE OM UDSKRIVNINGEN

---

Når den næste generation af sundhedsaftaler træder i kraft skal det være med fortsat fokus på klare mål for udskrivningsforløb for svage ældre patienter. Aftaler mellem kommuner og regioner skal sikre, at vi ikke fremover står med samme høje antal færdigbehandlede medicinske patienter som hidtil. Regionerne skal sikre, at der er klare retningslinjer for, hvordan spidsbelastninger og overbelægning reduceres og håndteres mere hensigtsmæssigt. Det er kommunernes ansvar, at det rette tilbud er på plads, når patienterne udskrives fra sygehuset. Det kan eksempelvis gøres ved at udvikle ordninger, hvor kommunale udskrivningskoordinatorer eller visitatorer er tilknyttet sygehuset.

<b>Region Hovedstaden</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Samtlige hospitaler har samordningskonsulenter. En række kommuner har udskrivningskoordinatorer, der fast kommer på hospitalet. Endvidere samarbejdes der tæt de kommunale visitationer om at sikre hurtig udskrivning. Der gøres forsøg med videokonferencer for at effektivisere udskrivningsdialogen. Kommunernes manglende tilgængelighed i form af kort åbnings- og telefontid er en udfordring i udskrivningssamarbejdet.</li> <li>• Med indførelsen af de nye Medcom-standarder (indlæggelsesrapport, plejeforløbsplan, færdigmelding og udskrivningsrapport) primo 2012 forenkles og effektiviserer udskrivningsdialogen. Det forventes at føre til færre færdigbehandlede patienter på hospitalerne, der venter på udskrivning.</li> </ul>
<b>Region Midtjylland</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• I Region Midtjyllands sundhedsaftale for 2011-2014 er der klare retningslinjer for, hvordan hospitalerne og kommunerne samarbejder omkring udskrivelsen af patienterne. Der er aftalt kommunale forberedelsestider, hvilket vil sige den tid, som kommunen har brug for til at planlægge de nødvendige foranstaltninger, som skal være til stede, når patienten kommer hjem fra hospitalet. Derudover har nogle kommuner etableret fremskudt visitation på hospitalerne.</li> <li>• Nogle kommuner har etableret fremskudt visitation på hospitalerne.</li> <li>• Region Midtjylland har i samarbejde med almen praksis og kommunerne lavet en fælles plan for elektronisk kommunikation, hvor parterne samarbejder om at udvikle og implementere kommunikationen på baggrund de nationalt godkendte MedCom standarder.</li> <li>• Den elektroniske kommunikation i forbindelse med udskrivning er på plads for indlæggelses- og udskrivelsesadviser mellem hospitaler og kommuner. Derudover er der sket en fordobling af sendte og modtagne korrespondancebreve til 11.000, og en firedobling til 2000 afsendte genoptræningsplaner i 2011. Der udestår et arbejde med at implementere elektronisk kommunikation for plejeforløbsplan og melding om færdigbehandling og udskrivningsrapport. Og så skal kommuner og region – herunder almen praksis, fremover arbejde på at afsendelse og modtagelse af henvisninger til kommunale forebyggelsestilbud.</li> </ul>

<b>Region Nordjylland</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Region Nordjylland har på flere sygehuse fremskudt kommunal visitation, hvor kommunale medarbejdere arbejder direkte og målrettet med at sikre smidig sektorovergang ved udskrivning. I Region Nordjylland er der generelt et tilbud om at kommunerne kan få stillet et rum til rådighed på sygehuset, hvis de ønsker en kommunal visitator på sygehuset.</li> <li>• Der er klare mål for udskrivning af svage, ældre patienter, hvilket også har været et særskilt fokusområde i sundhedsaftalen vedr. indlæggelse og udskrivning.</li> <li>• Der arbejdes med mulighederne vedrørende forløbskoordination.</li> <li>• Det forventes, at de nyeste nationale elektroniske medcom sygehus kommune kommunikationsstandarder er teknisk og organisatorisk implementeret primo 2012. Implementeringen understøtter mulighederne for hurtig og effektiv kommunikation ved sektorovergangene. Implementeringen sikrer således, at planlægningen af udskrivningen begynder ved indlæggelsen og at kommunerne får et så godt varsel som det kan lade sig gøre. Dermed er det forventningen at antallet af færdigbehandlingsdage vil falde.</li> <li>• Der foregår en tværsektoriel dialog om implementeringen af de fælles akutmodtagelse i Region Nordjylland. Målet er sammen at sikre de fornødne tilpasninger i udskrivningssituationen, således at disse understøtter tankerne bag etableringen af de fælles akutmodtagelser.</li> </ul>
<b>Region Sjælland</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicinsk Afdeling, Køge Sygehus: har mange patienter, der har behov for kontakt til primære foranstaltninger efter udskrivelsen. For det meste foregår dette gnidningsfrit. Ventetiden på kommunerne svinger fra 2 – 25 dage. Samarbejdet med visitator forgår primært ved planmøder, men af og til også via telefon.</li> <li>• Geriatrisk Afdeling, Roskilde Sygehus: Holder på afdelingsniveau møder med kommunerne efter behov for at sikre det gnidningsfrie samarbejde. Afdelingen har afprøvet flere modeller for optimeret skriftlig kommunikation med kommunen omkring udskrivelse, varsling og færdigmelding.</li> <li>• Det geriatriksk team i Roskilde følger patienten gennem hele forløbet fra hjemmebesøg før indlæggelsen, ved at deltage i plankonferencer under indlæggelsen; hvor team-sygeplejerskens kompetencer som kommunal visitator udnyt-</li> </ul>

	<p>tes, ligesom team-ergoterapeutens kompetence til at godkende hjælpemidler sikrer en optimal glidende overgang for patienten. Endelig kan patienten hjemfølges af samme team, og teamet kan følge patienten op efter udskrivelsen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afdelingen deltager i et projektsamarbejde med Stevns og Lejre kommuner med henblik på at afprøve et forsøg med plankonferencer afvikles som videokonferencer.</li> <li>• Roskilde kommune har iværksat en ordning i 2011, med placering af to faste udskrivningskoordinatorer på sygehuset, hvilket har medført et fald i antallet af færdigmeldte liggedage fra 115 til 15 dage pr. måned.</li> <li>• Geriatrike Afdeling, Slagelse deltager i diverse udvalg i forbindelse med skrivning af de fremtidige sundhedsaftaler, da planlægning af udskrivningsforløb for svage ældre patienter er en af afdelingens kærneydelser.</li> <li>• Medicinsk Afdeling, Næstved Sygehus har et tæt samarbejde med de to kommuner Næstved og Vordingborg. Fra sidstnævnte er der så godt som daglig besøg på sygehuset af kommunens visitator, hvor plan for relevante patienter/borgere drøftes og aftaler indgås.</li> <li>• Der er så godt som aldrig færdigbehandlede patienter, der ligger på sygehuset.</li> <li>• Der arrangeres ”ad hoc” møder ved udskrivelse af patienten med mange pleje/omsorgs og behandlingsbehov.</li> </ul>
<p><b>Region Syddanmark</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er klare mål for udskrivningsforløb for svage ældre patienter. Samarbejdsaftalen om indlæggelse og udskrivning, SamBo, beskriver hvem der gør hvad, og hvordan opgavefordelingen er. Aftalen er it understøttet, hvilket understøtter fagpersonernes behov for korrekt og rettidig information samt koordination ift. at kunne iværksætte en god patientbehandling og sammenhængende forløb for patienten.</li> <li>• Dialogen om patienten, behandling og udskrivelse starter allerede ved indlæggelsen. Det er kommunens ansvar, at det rette tilbud er på plads, når patienten udskrives fra sygehuset. It redskaber – forløbsplan (kommende plejeforløbsplan) understøtter kommunen i dette arbejde. Enkelte større kommuner har placeret udskrivningskoordinatorer på sygehusene – en form for fremrykket visitation. Ingen svage ældre patienter (med tilknytning til kommunens ydelser) udskrives uden det er aftalt med kommunen på forhånd.</li> </ul>

De ældre medicinske patienter har meget forskellige behov i forbindelse med selve udskrivelsen og tiden herefter. Det er vigtigt, at kommuner og regioner samarbejder, så opfølgningen tilpasses disse forskellige behov. Nogle patienter vil have glæde af såkaldte *ringe-hjem ordninger*, hvor de medicinske afdelinger foretager et opfølgende opkald fra afdelingen til den udskrevne borger. Erfaringer viser, at de svageste ældre kan have stor gavn af de såkaldte *følge-hjem ordninger*. Ordningerne består i, at 1-2 personer følger den medicinske patient hjem efter indlæggelsen.

<b>Region Hovedstaden</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Følge hjem ordninger er implementeret på alle regionens hospitaler fra 2010</li> <li>• Der er i foråret 2011 indgået § 2 aftale med de praktiserende læger om disses deltagelse i opfølgende hjemmebesøg efter udskrivning. I sundhedsaftalen har et stort antal kommuner tilkendegivet at de er interesserede i at deltage i opfølgende hjemmebesøg. Lokale processer er nu i gang med henblik herpå.</li> <li>• Ringe hjem ordninger afprøves som pilotprojekter på 6 hospitaler i regionen med henblik på at vurdere, om en sådan ordning skal gøres permanent på alle regionens hospitaler.</li> </ul>
<b>Region Midtjylland</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle hospitalerne i Region Midtjylland har som nævnt i anbefaling 2 etableret forskellige udgående teams.</li> <li>• Forsøgsordningen med opfølgende hjemmebesøg af egen praktiserende læge og hjemmesygeplejersken til udskrevne patienter over 78 år fra Medicinsk Afdeling ved Hospitalsenheden Vest (Herning og Holstebro) er nu blevet et permanent tilbud i Vestklyngen (kommunerne Lemvig, Ringkjøbing-Skjern, Struer, Holstebro, Herning og Ikast-Brande). Som følge af, at en DSI-rapport fra maj 2011 viser, at der er en kommunaløkonomisk besparelse på 12.688 kr. pr. borger ved opfølgende hjemmebesøg, er man i gang med at udbrede ordningen til resten af regionen. Status er, at ordningen er begyndt i Silkeborgklyngen (kommunerne Silkeborg, Skanderborg og Favrskov) pr. 1.4.2011 og Viborgklyngen (kommunerne Silkeborg, Skive og Viborg) pr. 3.10.2011, hvor man også inddrager Ortopædkirurgisk afdeling. Vestklyngen indleder et forsøg, hvor alderskriteriet på de 78 år erstattes med et individuelt behovskriterium.</li> <li>• Regionshospitalet Silkeborg har i samarbejde med Silkeborg, Skanderborg og Favrskov Kommuner etableret det tidligere</li> </ul>

	<p>omtalte Shared Care Team. Teamet tager sig typisk af ældre medicinske patienter, herunder patienter med komplekse forløb. Ved udskrivning følger teamet patienten hjem, hjælper med indkøb, samtale og samråd med pårørende og patient, visitator, (hjemme)sygepleje, genoptræning, hjælpemidler, indretning, medicin o.a. Der sker en koordinering mellem Shared Care Team og så ordningen med opfølgende hjemmebesøg.</p>
<b>Region Nordjylland</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Region Nordjylland har erfaring både med følge-hjem-ordninger og projekt den gode overgang. Som udgangspunkt overgår patienten imidlertid til almen praksis og kommunerne efter udskrivelse, og regionen har i højere grad fokuseret på at lette sektorovergangen. Et led vigtigt led i at lette overgangen er at sygehusene sikrer at egen læge modtager epikrise inden for 3 døgn efter udskrivelsen</li> <li>• Se tidligere omtalte udgående funktioner ( punkt 5).</li> <li>• Sundhedsaftalen vedr. indlæggelse og udskrivning har et særligt fokus på ældre medicinske patienter. Herunder skal der udvikles fælles patientforløbsoversigter, der bl.a. sætter et særligt fokus på indsatsen før og <b>efter</b> indlæggelse. Forløbsoversigterne vil tage udgangspunkt i eksisterende erfaringer med udvikling af forløbsoversigterne og anbefalingerne i ”Styrket indsats for den ældre medicinske patient” (Sundhedsstyrelsen, 2011).</li> </ul>
<b>Region Sjælland</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geriatrik Afdeling, Roskilde Sygehus: Har mulighed for at følge patienter hjem, der udskrives fra geriatrik afdeling og som bor i Roskilde kommune.</li> <li>• Geriatrik team og geriatrik dagafsnit ringer hjem til borgere efter behov, hvor der er mistanke om en skrøbelig udskrivelse. Tilbuddet er ikke systematisk til alle patienter udskrevet fra geriatrik sengeafdeling.</li> <li>• Afdelingen samarbejder med Roskilde kommune om at udvikle en hente-hjem ordning.</li> <li>• Geriatrik Afdeling, Slagelse Sygehus har med hensyn til de patienter, som følges i hukommelsesklinikken en ringe-hjem ordning med kontakt til de pårørende. Ligeledes indgår en ringe-hjem ordning i forskningsprojektet PRO-HIP, som den ortogeriatriske patient indgår i. Der er etableret et samarbejde med Korsør Kommunes genoptræningscenter m.h.p. at smidiggøre overdragelsen af genoptræningen af apopleksi-patienter.</li> <li>• Medicinsk Afdeling, Næstved Sygehus har udarbejdet ret-</li> </ul>

	ningslinjer for udskrivelse af den medicinske patient. Ved alvorligt syge patienter er der åben indlæggelse.	Side 26
<b>Region Syddanmark</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regionen har de seneste år haft en lokal aftale vedr. hjemmebesøg efter udskrivning med de praktiserende læger med det formål at fremme opfølgningen efter udskrivning. Aftalen anvendes typisk ift. ældre alvorligt syge patienter og patienter med komplicerede patientforløb samt til fremme af koordineringen mellem de praktiserende læger og hjemmeplejen. I sommeren 2011 blev denne aftale udvidet til også at omhandle medicingennemgang, og der blev åbnet op for at opfølgningen kunne foregå i lægens praksis.</li> <li>• Derudover har regionen en lokal aftale med de praktiserende læger om deltagelse i udskrivningskonferencer på sygehusene.</li> <li>• Fra efteråret 2011 og 1 år frem implementeres et kronikerpuljeprojekt med særligt fokus på opfølgende hjemmebesøg med deltagelse af egen læge og hjemmesygeplejen – bl.a. mhp. at mindske omfanget af genindlæggelser. Omdrejningspunktet for projektet er ovenstående lokalaftale vedrørende opfølgning og koordination efter udskrivning. Formålet med projektet er at undersøge udbyttet af opfølgning efter udskrivelse fra sygehus hos udvalgte patienter med kronisk sygdom.</li> </ul>	

## 9. MEDICINGENNEMGANG

---

I regi af sundhedsaftaler bør det i samarbejdsaftalerne beskrives, hvordan der hos udvalgte ældre patienter sikres en systematisk medicinafstemning ved indlæggelse og efter udskrivelse eller ambulatoriebesøg. Der er brug for at ældre, som får 6 slags medicin eller mere, får tilbudt en årlig medicingennemgang. Der bør være mulighed for at trække på bistand fra eksempelvis farmaceuter og kliniske farmakologer.

<b>Region Hovedstaden</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der afprøves en ordning med ansættelse af kliniske farmaceuter i akutmodtagelsen, som skal bidrage til at skabe overblik over den enkelte patients medicin ved indlæggelsen</li> <li>• Der afprøves ordninger med ansættelse af Farmakonomer på kliniske afdelinger med henblik på større sikkerhed i medicinadministration og – afstemning under indlæggelsen og i forbindelse med udskrivningen</li> <li>• Forløbskoordination afprøves som et middel til løbende me-</li> </ul>
---------------------------	---



	<p>dicinsanering på tværs af sektorerne for ældre patienter med medicinsk multisygdom</p>
<b>Region Midtjylland</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Region Midtjylland er i gang med at udrulle og implementere det Fælles MedicinKort på hospitalerne, praktiserende læger og lægevagten.</li> <li>• Samarbejdsudvalget vedr. almen praksis har den 19. september 2011 godkendt en model for farmaceutisk indsats for kroniske patienter med komplekse medicinordinationer. Konceptet afprøves først i en mindre praksisgruppe, evalueres og justeres kort, inden det rulles ud til hele regionen.</li> <li>• Region Midtjylland forventer, at alle praktiserende læger foretager medicinafstemning- og gennemgang på relevante patientgrupper (primært polyfarmacipatienter) i forbindelse med kronikerårskontroller, opfølgende hjemmebesøg og opsøgende hjemmebesøg.</li> <li>• I forhold til den vedtagne udbredelse af opfølgende hjemmebesøg hos ældre medicinske patienter (se under anbefaling 8) af egen praktiserende læge og hjemmesygeplejerske vil der blive fulgt op på borgerens medikamentelle behandling, bl.a. ved at foretage et medicinskabseftersyn.</li> </ul>
<b>Region Nordjylland</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Samtlige sygehuse i Region Nordjylland arbejder på at leve op til Den Danske Kvalitetsmodel, herunder også elementerne vedrørende medicinafstemning.</li> <li>• Der er i visse bilaterale sundhedsaftaler med kommunerne lavet aftale om medicingennemgang. Der arbejdes på at indgå aftaler med almen praksis omkring honorering.</li> </ul>
<b>Region Sjælland</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De medicinske afdelinger på Holbæk, Roskilde og Køge Sygehus og Geriatrik Afdeling, Roskilde arbejder med regelmæssig gennemgang af medicinordinationerne.</li> <li>• Geriatrik Afdeling, Slagelse Sygehus: det sker det som en implicit del af den geriatrike vurdering hos patienter, der ses af geriatrike læger i egen afdeling/ambulatorium eller ved tilsyn.</li> <li>• Medicinsk Afdeling, Næstved Sygehus: Der bliver lavet medicinafstemning ved indlæggelse og udskrivelse på alle indlagte patienter. Til svarende gælder ved ambulante besøg. Et område afdelingen laver audit på 2-3 gange årligt.</li> </ul>

<b>Region Syddan- dan- mark</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er indgået aftale med de praktiserende læger om, at i 2011 arbejder alle praksis i regionen med systematik i gennemgang af ældres samlede medicinering. Målgruppe er ældre polyfarmacipatienter, specielt: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Patienter hvor kommunen er involveret i medicineringen</li> <li>○ Patienter med behov for opfølgning efter indlæggelse</li> <li>○ Kronisk syge med behov for statuskontrol</li> </ul> </li> </ul> <p>Arbejdet gennemføres inden for overenskomstens rammer.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er indgået en anden lokal aftale med de praktiserende læger vedr. opfølgning og koordination efter udskrivelse, hvor medicingennemgang er en del af ydelsen</li> <li>• Lægemedelteamet i regionen tilbyder desuden de praktiserende læger at få et udtræk af praksis' patienter, der er 75+ år, som indenfor det sidste halve år har fået ordineret mindst 6 lægemidler.</li> <li>• Listen kan bruges til at identificere de patienter i den pågældende praksis, som evt. kunne have brug for en medicingennemgang.</li> </ul>
---	--

## 10. NY SYGEHUSSTRUKTUR TIL GAVN FOR DE ÆLDRE PATIENTER

---

Den nye sygehusstruktur, betyder at den specialiserede og højteknologiske behandling samles på færre matrikler. De højtspecialiserede sygehuse og de nye store fælles akutmodtagelser vil give en højere kvalitet i den specialiserede behandling for alle – ikke mindst for de ældre medicinske patienter. Der er vigtigt, at der tages hensyn til de ældre og sårbare medicinske patienters behov, når de nye fælles akutmodtagelser etableres.

<b>Region Hoved- staden</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det er besluttet, at der skal etableres geriatriske teams i de fælles akutmodtagelser. Der er afsat midler til et team i hvert af de fælles akutmodtagelser bestående af speciallæge, sygeplejerske og terapeut. De geriatriske teams etableres i 2011 på Herlev, Bispebjerg og Hvidovre hospitaler og fra 2012 tilige på Hillerød Hospital.</li> </ul>
---------------------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anbefalinger til Fremtidens Kliniske Grundstruktur i Region Hovedstaden (februar 2011) blev udarbejdet forud for udarbejdelsen af regionens Hospitals- og Psykiatriplan 2020. Den fulde implementering af anbefalingerne kræver større ny- og ombygning af regionens akuthospitaler, anbefalingerne vil derfor blive implementeret løbende.</li> <li>• Der etableres nye fælles akutmodtagelser på følgende hospitaler i regionen: Nyt Hospital i Nordsjælland (i brug 2020), Bispebjerg Hospital (i brug 2025), Herlev Hospital (i brug 2017) og Hvidovre Hospital (i brug 2018)</li> </ul>
<b>Region Midtjylland</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Den nye sygehusstruktur forventes at være til gavn for de ældre medicinske patienter, da de sikres hurtig og højt specialiseret diagnosticering, behandling og pleje.</li> <li>• Region Midtjyllands hospitalsplan fastslår, at det geriatriske speciale skal være repræsenteret ved alle fælles akutmodtagelser. Det er en intern målsætning, blandt hospitalsledelserne, at der bør være mindst 2 geriater ansat på hver hospitalsenhed for at sikre det faglige niveau, og for at kunne gennemføre hoveduddannelsesforløb.</li> <li>• Samtidig er der i sundhedsaftalen for 2011-2014 lagt vægt på, at udvikling af kvaliteten af behandlings- og plejeforløb skal være et udviklingsområde, hvor klyngerne samarbejder om at understøtte behandling, træning, pleje og omsorg for den ældre medicinske patient. Herunder skal der særligt arbejdes med initiativer, der er med til at udvikle det nære sundhedsvæsen, som eksempelvis følge-hjem-funktioner</li> </ul>
<b>Region Nordjylland</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De ældre medicinske patienter vil, ligesom øvrige patienter, få gavn af det nye set-up for modtagelse af akutte patienter.</li> <li>• I forbindelse med analysen af ledelsesstrukturen i det nordjyske sygehusvæsen ses der nærmere på tre områder: centerdannelse, patientforløb og modernisering af klinisk ledelse. Ift. patientforløb er der blandt andet fokus på hvordan vi bedst muligt tager hånd om specifikke patientgrupper såsom den ældre, medicinske patient og patienter med komorbiditet.</li> </ul>
<b>Region Sjælland</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• I Region Sjælland er der ved etablering af de nye akutafdelinger fokus på, at alle patienter behandles med respekt i forhold til deres udgangspunkt. Det betyder, at patienter behandles det rigtige sted af personale med de rigtige kompetencer. Ingen patienter bliver indlagt, hvis der ikke er behov for indlæggelse, og patienter skal ikke være indlagt i længere tid, end det er nødvendigt. I de nye akutafdelinger tages der i vid udstræk-</li> </ul>

	ning hensyn til de ældre.
<b>Region Syddanmark</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Omdrejningspunktet for patientforløbene i FAM i Region Syddanmark er 35 standardiserede tidsstyrede patientforløb (STP'er), som tager udgangspunkt i symptomer, og som indeholder en beskrivelse af best practice for de respektive patientforløb samt de maksimale tidsservicemål for patientforløbene. STP'erne skal hermed understøtte, at patienterne får rettidig udredning og behandling af høj kvalitet</li> <li>• Hertil kommer, at FAM i Regions Syddanmark indrettes i patientforløbszoner, som understøtter patientforløbets forskellige faser.</li> </ul>

Side 30

## 11. UDVIKLING AF BORGERNÆRE

---

Sygehusvæsenet skal være andet end akutsygehuse. Der udvikles en række borgernære tilbud som sikrer adgang til sundhedsydelser i lokalområderne. Mulighederne for at etablere behandling og pleje i patienternes eget hjem udbygges også.

<b>Region Hovedstaden</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inden akutmodtagelserne på Frederikssund Hospital og Helsingør Hospital nedlægges, skal der være et andet akuttilbud i nærområdet. Der etableres et samarbejde med Frederikssund og Helsingør kommuner med henblik på at etablere de fysiske rammer til en akutklinik koblet til et sundhedshus med kommunale tilbud. Akutklinikken bemannes med behandlersygeplejersker og placeres i fysisk sammenhæng med lægevagtskonsultation og praksisfællesskaber.</li> <li>• Regionen vil i samarbejde med Frederiksberg Kommune udvikle nye samarbejdsmodeller, der kan understøtte sammenhængende forløb og koordination af den indsats, der ydes af hospitalerne, kommunen og praksissektoren. Samarbejdsmodellen kan være til efterfølgelse</li> </ul>
---------------------------	--

<b>Region Midtjyl- land</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Region Midtjylland og kommunerne er i Sundhedsaftalen for 2011-2014 enige om, at der skal være et særligt fokus på udvikling og styrkelse af det nære sundhedsvæsen bl.a. med fokus på nye metoder, behandlingsformer og ny teknologi.</li> <li>• Regionen arbejder på at etablere sundhedshuse i Skive, Gretnaa, Ringkøbing og Holstebro, ligesom der er et sundhedscenter i Skanderborg og Tarm. Derudover etableres et akuthus i Lemvig.</li> <li>• Regionsrådet har bevilliget 10 mio. kr. fra 2012 og frem til udvikling og igangsætning af nære sundhedstilbud. Og 6 mio. kr. fra 2012 og frem til medfinansiering af etablering af sundhedshuset i Holstebro. Derudover har Region Midtjylland modtaget 85 mio. kr. fra regeringens pulje til udvikling af de nære sundhedstilbud til sundheds- og akuthuset i Holstebro, samt modtaget midler på mellem 3-12 mio. kr. til lægehuse i Ulfborg-Vemb, Bøvlingbjerg, Struer og Thyholm, og 8 mio. kr. til akuthuset i Lemvig.</li> <li>• Viborg Kommune oprettede i foråret 2011 et akutteam bestående af sygeplejersker. Formålet er at forebygge indlæggelser, som efter lægehenvi- sning kan behandles i kommunalt regi ved at varetage behandling, pleje og observation af borgere med akut opstået sygdom, og dels at afkorte indlæggelsespe- rioden. Akut teamet har tæt samarbejde med hjemmeplejen, Regionshospitalet Viborg og de praktiserende læger. I perio- den 1.3 til 4.7.2011 har der været 348 forløb gennem akut teamet – heraf vurderes de 75 som forebyggelse af en hospi- talsindlæggelse.</li> </ul>
<b>Region Nordjyl- land</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planlægningen vedrørende borgernære tilbud sker i regi af sundhedsplanen og plan for specialiseret behandling (syge- husplan og plan for specialiseret behandling). Planerne for nærværende valgperiode er under udarbejdelse.</li> <li>• Se i øvrigt punk 2.</li> </ul>
<b>Region Sjæl- land</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geriatrisk Afdeling, Roskilde Sygehus tilser patienter i hjemmet efter behov – se tidligere beskrevet.</li> <li>• Medicinsk Afdeling, Næstved Sygehus: Der er etableret reha- biliteringsskoler i både kommunalt/ sundhedscentre, som sy- gehusregi omfattende de store kroniske sygdomme.</li> </ul>

<b>Region Syddanmark</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Region Syddanmark har fået tilsagn om midler til oprettelse af sundhedshuse i regionens yderområder. Der arbejdes på at oprette fem sundhedshuse, der har til formål lokalt at udbygge samarbejdet på tværs af sektorer og faggrupper i et stærkt sundhedsfagligt miljø samt sikre borgernære sundhedstilbud i yderområderne. Sundhedshusene vil blive placeret i hhv. Bogen, Rudkøbing, Skærbæk, Nordborg og på Ærø.</li> <li>•</li> </ul>
--------------------------	--

## 12. INTEGRATION AF ALMEN PRAKSIS

---

Almen praksis spiller en vigtig rolle i indsatsen for de ældre medicinske patienter. Den sygehusbaserede indsats skal tænkes tæt sammen med den indsats, der ydes i almen praksis. En vej at gå er at etablere flere *følge-op ordninger*, hvor patienter tilbydes besøg af den praktiserende læge og hjemmesygeplejen efter udskrivelsen.

<b>Region Hovedstaden</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er i foråret 2011 indgået § 2 aftale med de praktiserende læger om disses deltagelse i opfølgende hjemmebesøg efter udskrivning. I sundhedsaftalen har et stort antal kommuner tilkendegivet at de er interesserede i at deltage i opfølgende hjemmebesøg. Lokale processer er nu i gang med henblik herpå.</li> </ul>
<b>Region Midtjylland</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Region Midtjylland er jf. anbefaling 8 i gang med at udrulle en opfølgende hjemmebesøgsordning med praktiserende læge og hjemmesygeplejerske til ældre medicinske patienter efter udskrivelsen. Dog kører et pilotprojekt i Vestklyngen (kommunerne Lemvig, Ringkjøbing-Skjern, Struer, Holstebro, Herning og Ikast-Brande), hvor alderskriteriet erstattes af et individuelt behovskriterium.</li> <li>• Derudover foregår der også et tæt samarbejde med de geriatriske teams i Aarhus, Horsens, Shared Care Team i Silkeborg og de praktiserende læger.</li> <li>• På kronikerområdet har regionen indgået samarbejde med almen praksis om Kronikerkompasset. I Kronikerkompasset er det målet, at almen praksis i hele regionen, fordyber sig yderligere i arbejdet omkring omsorg og behandling af patienter med kroniske sygdomme, og at praksis, der ikke måtte kende til gennembrudsmetoden, tilbydes en ny måde at arbejde på.</li> <li>• På sigt er det visionen, at alle praksis har systematiserede kronikerforløb, som det er anbefalet i de regionale forløbsprogrammer for KOL, diabetes og hjertekarsygdomme og i</li> </ul>

	<p>DSAM's vejledninger.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Det er konkret målet med aftalen, at deltagende praksis i projektperioden implementerer mindst et af de regionale kronikerforløbsprogrammer. Derudover er det målet, at deltagende praksis tilegner sig generelle arbejdsmetoder med henblik på at praksis arbejder videre med implementering af de øvrige forløbsprogrammer indenfor en kortere tidshorisont.</li> <li>• Hospitalsenheden Vest og Herning, Holstebro, Ikast-Brande, Lemvig, Ringkøbing-Skjern og Struer Kommuner samarbejder om et projekt vedrørende opfølgende hjemmebesøg. De praktiserende læger deltager i projektet.</li> </ul>
<b>Region Nordjylland</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se punkt 5</li> <li>• Region Nordjylland har ansat et antal praksiskonsulenter på specifikke områder, som medvirker til at bygge bro mellem planlægning og varetagelse af opgaver i regionalt regi med indsatsen i almen praksis.</li> <li>• Der arbejdes tæt sammen med NordKap – kvalitetsenheden for almen praksis i Region Nordjylland.</li> </ul>
<b>Region Sjælland</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicinsk Afdeling, Næstved Sygehus har tæt samarbejde med praksiskoordinator, med fastlagte møder og kontakt ad hoc. og med 12 mandeforeninger.</li> </ul>
<b>Region Syddanmark</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Region Syddanmark har en §2-aftale med almen praksis om opfølgende hjemmebesøg. Aftalen omfatter alvorligt syge og svage personer med komplicerede forløb. Aftalen anvendes for at sikre opfølgning og koordinering efter sygehusindlæggelse mellem egen læge og hjemmeplejen. Aftalen kan læses på <a href="http://www.visinfosyd.dk">www.visinfosyd.dk</a> (under "Love, regler og aftaler" "§2-aftaler" – "Opfølgende hjemmebesøg").</li> <li>• Region Syddanmark har en §2-aftale med almen praksis om deltagelse i udskrivningskonference på sygehusene. Sygehusafdelingen kan anmode om, at patientens praktiserende læge deltager i en udskrivningskonference. Formålet med aftalen er at sikre et hensigtsmæssigt patientforløb i kraft af koordinati-on mellem egen læge, sygehuset og kommunen, samt at sikre fornøden opfølgning hos egen læge efter sygehusindlæggelse. Aftalen kan læses på <a href="http://www.visinfosyd.dk">www.visinfosyd.dk</a> (Se under "Love, regler og aftaler" -"§ 2-aftaler" – "Deltagelse i udskrivningskonferencer på sygehusene").</li> <li>• Samarbejdsaftalen SAMBO beskriver endvidere kommunika-</li> </ul>

tion og samarbejde i forbindelse med udskrivning af patienter med behov for kommunale ydelser – indsatsen efter udskrivning. Heri nævnes forskellige mulige tilbud som for eksempel opfølgingsbesøg.

Side 34

### 13. KOMPETENCELØFT I HJEMMEPLEJEN OG HJEMMESYGEPLEJEN

---

Regioner og kommuner bør i højere grad samarbejde om en faglig opkvalificering og specialisering af hjemmesygeplejen. Der er eksempelvis allerede gode erfaringer med at nogle hjemmesygeplejersker er eksperter i at behandle diabetes, mens andre er specialiseret i at pleje patienter med alvorlige lungelidelser. Der kan etableres fælles kompetenceudvikling for personale i sygehussektoren og den kommunale sundhedssektor gennem fælles træningsforløb og fælles faglige standarder. Et godt samarbejde mellem hjemmesygeplejen og de alment praktiserende læger kan sikre kvalitet og sammenhæng i patientforløbet.

<p><b>Region Hovedstaden</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• I regi af Kronikerprogrammet gennemføres fælles kompetenceudvikling af medarbejdere i kommuner, almen praksis og hospitaler (Fælles Skolebænk) med udgangspunkt i de enkelte forløbsprogrammer for kroniske sygdomme.</li> <li>• Regionen tilbyder uddannelse til kommunernes personale i sårpleje med tilknyttet supervisionstilbud.</li> <li>• Et uddannelsesstilbud til kommunernes hygiejnesygeplejersker er under udvikling.</li> </ul>
<p><b>Region Midtjylland</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• I forløbsprogrammerne for KOL, hjertekar og diabetes, der er udviklet i Region Midtjylland, er der fokus på en fælles sundhedsfremmende og deltagerinvolverende sundhedspædagogisk tilgang på tværs af sektorer. Der er derfor udviklet et tværsektorielt uddannelsesforløb i sundhedspædagogik, der tager afsæt i beskrivelserne fra forløbsprogrammerne samt erfaringer fra arbejdet i de regionale livsstilscaféer og lærings- og mestringskonceptet. Uddannelsen finansieres via den statslige kronikerpulje og anvendes i understøttelsen af implementeringen af forløbsprogrammerne.</li> <li>• Uddannelsen udbydes som klyngevis (En klynge udgøres af et hospital og de omkringliggende kommuner) tværfaglig og</li> </ul>



	<p>tværsektoriel fælles skolebænk. Der deltager således plejepersonale og terapeuter fra kommunerne og hospitalet, samt klinikpersonale fra almen praksis på uddannelsen. Der tages afsæt i deltageres praksis og gives mulighed for at deltagerne udvikler deres sundhedspædagogiske kompetencer i praksis samtidig med, at der skabes netværk på tværs af sektorgrænser.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 'Bedre Liv for mennesker med kronisk sygdom' er et uddannelsesprogram, der tilbyder systematisk kompetenceudvikling af sundhedsprofessionelle, der arbejder med mennesker med kronisk sygdom.</li> <li>• I Randers og Favrskov Kommuner tilbydes en "sundhedsambassadør" uddannelse, som er målrettet ledere og medarbejdere i kommuner, som ønsker at arbejde mere fokuseret med sundhed og trivsel både på arbejdspladsen og i forhold til borgerne.</li> </ul>
<p><b>Region Nordjylland</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• På det palliative område er der et samarbejde mellem region og kommuner ift. uddannelse af kommunalt personale. Visse sygehuse tilbyder således uddannelse af det kommunale sundhedspersonale.</li> <li>• Der er generelt fokus på uddannelse og kompetenceudvikling på tværs af sektorer i forbindelse med de obligatoriske sundhedsaftaler.</li> <li>• Der er i regi af de frivillige sundhedsaftaler for visse kroniske sygdomme blandt andet fokus på kompetenceudvikling og fælles uddannelse af regionalt, kommunalt og almen praksispersonale inden for de specifikke sygdomsområder. Hertil kommer, at der er rettet fokus på at udvikle begrebet forløbskoordination, herunder at få identificeret de områder hvor forløbskoordination kunne tænkes ind og skabe nytteværdi og effekt.</li> <li>• Der er på Sygehus Vendsyssel og Aalborg Sygehus et antal delestillinger, hvor sygeplejerskerne er ansat halv tid på sygehuset og halv tid i kommunen (sundhedscentre). Ordningen er blandt andet etableret inden for lungemedicin, diabetes og på hjerteområdet. Ordningen giver et kompetenceløft i kommunerne og forbedrer kommunikation og overgange mellem sektorerne.</li> <li>• Der er mellem Aalborg Kommune og Aalborg Sygehus indgået aftale om jobbytte-ordninger for sygeplejerskerne.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er udviklet et uddannelsesstilbud i primær sektor inden for de kroniske sygdomsgrupper; KOL, type 2-diabetes og hjerteområdet i regi af Nord-Kap (Kvalitetsenheden for almen praksis) og Kronikerenheden. Tilbuddet er målrettet de kommunale sundhedsfaglige i hjemmesygeplejen/sundhedscentre samt personalet i almen praksis.</li> </ul>
<b>Region Sjælland</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De medicinske afdelinger tilbyder lejlighedsvis undervisning i reumatologi, lungemedicin, hjertemedicin og diabetes.</li> <li>• Geriatrik Afdeling, Roskilde Sygehus: Indgår i et projekt med kompetenceløft i forhold til tidlig opsporing, og afdelingen har netop afsluttet et projekt med henblik på at øge kompetencen blandt personale, der arbejder med demente i primærsektoren. Planen er at arbejde videre med kompetenceløft ved etablering af tværsektorielle masterclasses for primærsektorens personale og for personale fra den øvrige del af hospitalet, men har i første omgang valgt at koncentrere indsatsen omkring et løft at det geriatrike personale på regionens sygehuse.</li> <li>• Geriatrik afdeling er projektleder for projektet Demens på Tværs i samarbejde med bl.a. Servicestyrelsen, regionens geriatrike, neurologiske og psykiatrike afdelinger, samt regionens kommuner. Projektet arbejder bl.a. med kompetenceudvikling på demensområdet og bedre integration af ydelserne på demensområdet.</li> <li>• Geriatrike Afdeling, Slagelse Sygehus deltager i et projekt vedr. kompetenceudvikling på tværs af sektorerne indenfor demensområdet.</li> <li>• Medicinsk Afdeling, Næstved Sygehus: I forbindelse med implementeringen af forløbsprogrammerne er der igangsat temadage for personale på sygehus, praksis og kommunalt regi. Der er muligheder for besøg og erfaringsudveksling på afdelingen for personale i primær.</li> </ul>

<b>Region Syddan- dan- mark</b>	<p>Samtlige kurser i Kronikerprojekt Kompetenceudvikling udbydes til personalet tværsektorielt for at fremme samarbejdet om den kroniske patient mellem primær og sekundær sektor. Kurserne har været udbudt til 3 faggrupper: 1) assistenter, hjælpere og lægesekretærer. 2) Sygeplejersker, terapeuter, diætister m.fl.3) Læger. Kursustilbuddene er/bliver:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diabetes</li> <li>• KOL</li> <li>• Hjerte/kar</li> <li>• Ryg</li> <li>• Kommunikation og sundhedspædagogik</li> </ul> <p>Pr. 1. september 2011 har/skal 2538 sundhedspersonale deltaget i kompetenceudvikling – 49 % fra kommunerne, 35% fra sygehusene og endelig 16% fra almen praksis.</p>
---	---

## 14. GOD KOMMUNIKATION OG INFORMATION

---

God kommunikation og information er afgørende for et godt patientforløb. Det er vigtigt, at information og kommunikation tager udgangspunkt i den enkeltes situation og forudsætninger. Den skriftlige information skal være klar og entydig set fra patientens perspektiv. Der skal tages hensyn til at nogle grupper eksempelvis demente eller svækkede ældre borgere med anden etnisk baggrund har særlige kommunikations- og informationsbehov. Også information og kommunikation med pårørende er vigtigt og skal udvikles.

<b>Region Hoved- staden</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er iværksat et arbejde, der skal sikre ensartet informationsmateriale til patienterne i regionen, samt at patienterne i højere grad får den information, som de efterspørger</li> </ul>
<b>Region Midtjyl- land</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sundhedsaftalen for 2011-2014 indeholder en målsætning om ”den velinformerede patient”, hvor succeskriteriet er, at 95 % af patienterne er informeret om helbredstilstand og de forebyggelses-, behandlings- og plejetiltag, som vedkommende skal fortsætte med efter udskrivelsen.</li> <li>• Region Midtjylland har etableret et netværk om kommunikation, hvor der bl.a. foregår gensidig erfaringsudveksling om lokale initiativer til målrettet og forbedret kommunikation med forskellige patientgrupper.</li> <li>• Regionen udgiver folderne ”skriv til patienten” og ”tal med</li> </ul>

	<p>patienten”, som er vejledninger til sundhedspersonalet om, hvordan de henholdsvis sikrer god skriftlig og mundtlig kommunikation med patienterne og deres pårørende.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Derudover har regionen udarbejdet en animationsfilm til nydanskere på flere forskellige sprog. Filmen omhandler, hvordan det er at være indlagt på et dansk hospital.</li> </ul>
<b>Region Nordjylland</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der arbejdes kontinuerligt med at sikre god og effektiv kommunikation.</li> </ul>
<b>Region Sjælland</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Region Sjælland har vedtaget et kodex for god patientkommunikation ”Klar tale”, som består af 5 budskaber: God forberedelse, klar tale, respekt, tydelige forventninger og sammenhæng. Der har været temadage og forskellige projekter og arrangementer i forbindelse med implementeringen.</li> <li>• Derudover arbejdes der lokalt på afdelinger med sikring af god kommunikation.</li> <li>• Medicinsk Afdeling/Holbæk Sygehus: Temadag om god kommunikation, og efterfølgende arbejdsgrupper har implementeret forbedringer, f.eks. telefonkultur.</li> <li>• Medicinsk afdeling Slagelse, ønsker som reaktion på LUP resultater, at opstarte projekt hvor der er en mere diversificeret strategi på patientinformationssiden – mulighed for både skriftlig og virtuel information af patienter.</li> <li>• Geriatiske afdeling, Slagelse arbejder løbende på kommunikation og information specielt mht. patienter og pårørende i hukommelsesklikken.</li> </ul> <p>Medicinsk Afdeling, Næstved Sygehus har sat fokus på:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ At sikre indhentning og dokumentation i forhold til samtykke til behandling</li> <li>○ Patienternes og evt. pårørendes inddragelse i beslutninger vedrørende behandling.</li> <li>○ Kontaktpersonordningen</li> <li>○ Skriftlig information til patienterne</li> <li>○ Information ved overflytninger mellem enheder og institutioner</li> <li>○ Vejledning og undervisning</li> </ul> <p>Der auditeres to gange årligt på målopfyldelse.</p>

<b>Region Syddan- dan- mark</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Som en del af samarbejdsaftale mellem kommuner og region om borger-/patientforløb (SAM:BO) er kommunikation og samarbejde ift. patienterne beskrevet. Aftalen angiver rammerne ved at fastlægge, hvornår i patientforløb, der skal informeres. Der er også fokus på at benytte en dialogbaseret form, som rummer patienternes tilbagemeldinger. Regionen er i færd med at udbred teletolkning på sygehuse i regionen, som er fuldt udbredt inden udgangen af 2011.</li> <li>• Genoptræningsplan sendes elektronisk fra alle sygehus til alle kommuner i regionen. Gives til patienterne ved udskrivning.</li> </ul>
---	--

## 15. SYSTEMATISK INDDRAGELSE AF DE ÆLDRE PATIENTERS ERFARINGER OG SYNSPUNKTER

---

Sundhedsvæsenet skal inddrage de ældre patienters viden systematisk. Det kan f.eks. ske gennem målrettede patienttilfredshedsundersøgelser, og gennem *patientpaneler*, hvor patienternes konkrete erfaringer og synspunkter ift. det forløb, de har været igennem, kommer til udtryk.

<b>Region Hoved- staden</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er igangsat et udviklingsprojekt om Patienternes Hus, som skal udvikle servicekoncepter, der sætter mennesket i centrum på en måde, så udfordringerne vedrørende krav om optimeret og effektiviseret hospitalsdrift kan håndteres samtidig med bedre patientoplevelser.</li> </ul>
<b>Region Midtjyl- land</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Region Midtjylland har ikke gennemført patienttilfredshedsundersøgelser, der er målrettet den ældre medicinske patient.</li> <li>• Ny forskning af kvantitative patientundersøgelser som fx den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser har en tendens til at minimere og sløre patienternes kritik af sundhedsvæsenet (Nordisk Sygeplejeforskning, nr. 2, 2011). Region Midtjylland er derfor opmærksom på behovet for, at en mere lokal og kvalitativ målepraksis vil have større værdi for patienterne og kvalitetsudviklingen.</li> </ul>

<b>Region Nordjylland</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Region Nordjylland arbejder systematisk med forskellige patienttilfredshedsundersøgelser, og anvender eksempelvis resultaterne fra LUP-undersøgelsen, hvor også ældre medicinske patienter indgår.</li> <li>• Der er ikke gennemført specifikke patienttilfredshedsundersøgelser målrettet ældre medicinske patienter alene.</li> <li>• Regionens Sundhedsbrugerråd inddrages i alle relevante processer.</li> </ul>
<b>Region Sjælland</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Overordnet har Region Sjælland netop sendt en brugerpolitik i høring. Målet er at sikre at brugernes perspektiver inddrages i beslutninger på alle niveauer. Der vil i udmøntningen blive sat forskellige nye initiativer igang.</li> <li>• Patienterne medinddrages løbende under indlæggelsen og resultater fra patienttilfredshedsundersøgelser inddrages i kvalitetsudviklingen på sygehusene.</li> <li>• Geriatrik Afdeling, Roskilde Sygehus: Har i samarbejde med Roskilde kommunen fået bevilliget midler fra Region Sjælland til et udviklingsprojekt omkring identifikation af Risikoudskrivelser med henblik på at minimere risici. Som led i projektet vil der blive lavet fokusgruppeinterviews med bl.a. patienter og pårørende med henblik på at identificere deres syn på risikoudskrivelser. Projektet forventes at udmunde i en risikofaktorliste med henblik på identifikation og forebyggelse af risikoudskrivelser.</li> <li>• Medicinsk Afdeling, Slagelse Sygehus afholder årlige 'dialogmøder' med afdelingens kardiologiske patienter. Her evalueres indlæggelsesforløb og erfaringer herfra danner baggrund for forbedrende indsatser i afsnittet. Afdeling planlægger som reaktion på LUP resultater at opstarte et nyt projekt 'kontraktbaseret' dialog med patienter, for at sikre bedre oplevelse af at være involveret og medinddraget i egen behandling.</li> <li>• Geriatrik Afdeling, Slagelse Sygehus er repræsenteret i bestyrelsen for Alzheimerforeningen i Vestsjælland</li> <li>• Medicinsk Afdeling, Næstved Sygehus evaluerer af rehabiliteringstilbuddene i afdelingen og foretager opfølgninger på resultaterne fra LUP</li> </ul>

<b>Region Syddanmark</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er iværksat forskellige initiativer og projekter som afprøver forskellige metoder for systematisk inddragelse af ældre patienter. Forskellige afdelinger på regionens sygehuse anvender f.eks. fokusgruppeinterviews af tidligere patienters (+ 65 årige) oplevelser for at bruge input til ændringer og forbedringer.</li> <li>• Der arbejdes på et af regionens sygehuse i forbindelse med FAM med et patient ekspert panel. Dog ikke kun fokus på den ældre medicinske patient.</li> <li>• I forbindelse med etableringen af et faldforebyggelsesprojekt, målrettet patienter i gruppen +65 anvendes opfølgende telefoninterviews.</li> <li>• I patientuddannelserne på hjerte, KOL og diabetes inddrages systematisk erfaringer og synspunkter.</li> <li>• Der er generelt meget fokus på inddragelse af patienter erfaringer og synspunkter i opfølgning og udvikling på sygehuse. Denne indsats understøttes også i forbindelse med akkreditering til DDKM.</li> </ul>	Side 41
--------------------------	---	---------

## 16. PATIENTUDDANNELSER

---

Den ældre medicinske patient kan styrkes i evnen til at leve med en langvarig sygdom gennem patientuddannelser.

<b>Region Hovedstaden</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• I regi af regionens kronikerprogram er der udviklet fælles standarder for patientuddannelser på tværs af sektorerne vedrørende KOL, type 2 diabetes og hjerte-kar sygdomme</li> </ul>
<b>Region Midtjylland</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Halvdelen af kommunerne i Region Midtjylland har indført ”Lær at leve med kronisk sygdom”. I den vestlige del af regionen er etableret et lærings- og mestringscenter for patienter med kroniske lidelser. Regionen har udarbejdet en oversigt over de regionale patientuddannelses tilbud. De kommunale uddannelses tilbud er lagt ind på <a href="http://www.praksis.dk">www.praksis.dk</a></li> </ul>

<b>Region Nordjylland</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• På hjemmesiden <a href="http://www.nordjysksundhed.dk">www.nordjysksundhed.dk</a> findes en oversigt over forskellige sygdomsspecifikke patientuddannelser og rehabiliteringstilbud, og hjemmesiden er målrettet både almen praksis, patienter/borgere og det kommunale sundhedspersonale.</li> <li>• Region Nordjylland samarbejder med de nordjyske kommuner omkring konceptet ”Lær at leve med Kronisk Sygdom” som et generelt patientuddannelses tilbud til patienterne på tværs af sygdomsgrupper vedrørende mestring af egen sygdom.</li> </ul>	Side 42
<b>Region Sjælland</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De fleste medicinske afdelinger gennemfører for flere patientgrupper tilbud om patientuddannelse, f.eks. KOL-skole, hjerteinsufficiens, hypertension, diabetes, nyreskole og rygskole.</li> <li>• Medicinsk Afdeling, Næstved Sygehus giver rehabiliteringstilbud i forhold til beskrivelserne i forløbsprogrammerne indenfor kronikerområderne</li> </ul>	
<b>Region Syddanmark</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sundhedsaftalernes ansvarsfordeling for sygdomsspecifikke patientuddannelses tilbud implementeres</li> <li>• Der arbejdes på at ensrette sygehusenes registreringspraksis på området</li> <li>• Der arbejdes med harmonisering af patientuddannelses tilbud, så patienter får samme patientuddannelses tilbud uafhængigt af bopæl og sygehustilknytning</li> <li>• Som led i indsatsen for kronisk syge er der igangsat flere projekter vedrørende patientuddannelse. F.eks. projekt som udvikler koncept for kommunale patientuddannelse på tværs af diagnoserne KOL, hjertesygdom og diabetes, samt projekt der udvikler guide til arbejdet med egenomsorg som led i patientuddannelse.</li> </ul>	

## 17. SAMMENHÆNGENDE IT-SYSTEMER

---

Sammenhængende it-systemer skal understøtte kommunikation og viden om patienterne på tværs af sektorerne. Det er eksempelvis centralt, at information om den ældres medicin og ændringer i denne er tilgængelig både



på sygehusafdelingen, hos den praktiserende læge og i den kommunale hjemmepleje.

Side 43

<b>Region Hovedstaden</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• FMK implementeres på regionens hospitaler inden udgangen af 2011</li></ul>
<b>Region Midtjylland</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• I Region Midtjylland forventes fuld implementering af nationale MEDCOM-standarder for kommunikationen mellem sygehuse og kommuner i 2012 som et vigtigt delelement i sikringen af den effektive kommunikation mellem sektorerne i Region Midtjylland.</li><li>• Region Midtjylland er i gang med at udrulle og implementere det Fælles MedicinKort på hospitalerne, praktiserende læger og lægevagten.</li></ul>
<b>Region Nordjylland</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Med indførelsen af Fælles Medicinkort forventes en klar effekt ift. færre tilfælde af fejlmedicinering, især for ældre medicinske patienter og komorbide patienter, som ofte får meget medicin.</li><li>• Fuld implementering af de tidligere omtalte medcom7-standarder forventes at betyde bedre og mere dynamisk kommunikation mellem kommuner og sygehuse.</li></ul>
<b>Region Sjælland</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Medicinsk Afdeling, Holbæk Sygehus: Delvist etableret og under stadig udbygning.</li><li>• Medicinsk Afdeling, Køge Sygehus: har kun it system, der kommunikerer med praktiserende læger, desværre ikke med hjemmeplejen.</li><li>• Geriatrisk Afdeling, Roskilde Sygehus: Geriatrisk Team har på grund af deres ansættelsesmæssige forankring i Roskilde Kommune online adgang til hjemmeplejens notater, såvel de daglige rapporteringer, som hvilke ydelser borgeren er visiteret til på hvilke tidspunkter. Dette har vist sig som en stor fordel for både patienter på geriatrisk afdeling, og for patienterne på akut modtage afsnit, hvor geriatrisk team har sin daglige gang. Afdelingen indgår sammen med Roskilde Kommune i et nystartet Innovationsforum, hvor et af indsatsområderne er tværsektoriel kommunikation.</li><li>• Medicinsk Afdeling, Næstved Sygehus overholder tidsgræn-</li></ul>

	sen for epikriser, hvori der indgår medicinafstemning.	Side 44
<b>Region Syddanmark</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Genoptræningsplan sendes elektronisk i MedCom's korrespondanceformat fra alle sygehuse til alle kommuner i regionen. Der foreligger en plan for konvertering til MedCom's XML standarder.</li> <li>• På sygehus-hjemmepleje kommunikationen er der udarbejdet en handlingsplan for konvertering fra korrespondancemeddelelser til MedCom's strukturerede XML-standarder.</li> <li>• Der arbejdes på at afprøve elektronisk kommunikation mellem psykiatrien og kommunerne.</li> </ul>	

## 18. SYSTEMATISK UDBREDELSE AF GOD PRAKSIS

Det er vigtigt, at man kender til de gode initiativer fra Himmerland i både Holbæk og i Horsens. Danske Regioner vil arbejde målrettet for at god praksis i indsatsen for ældre medicinske patienter dokumenteres og udbredes.

<b>Region Hovedstaden</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regionen anvender en bred vifte af metoder til udbredelse af god praksis: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Workshops</li> <li>○ Temadage</li> <li>○ Netværk</li> </ul> </li> </ul>
<b>Region Midtjylland</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Afdelingen Nære Sundhedstilbud har som en af sine væsentlige opgaver at sikre, at der sker vidensdeling på tværs af regionen. Afdelingen er repræsenteret ved de lokale klyngemøder omkring hver hospitalsenhed og kan derved overbringe gode idéer fra en klynge til de andre klynger. Afdelingen lægger stor vægt på at få evalueret de projekter, der iværksættes lokalt i klyngerne.</li> <li>• Sundhedskoordinationsudvalget har med afsæt i Sundhedsaftalen 2011-2014 igangsat en udviklingsproces, som skal udvikle og styrke det nære sundhedsvæsen. Det har involveret udarbejdelsen af et udkast til et idé- og udviklingskatalog, som giver en oversigt over de gode initiativer, og bygger på bidrag fra alle sektorer. Kataloget skal føre til en prioritering og strategisk drøftelse af omstillingen af det nære sundhedsvæsen, og dets evne til at klare fremtidens udfordringer.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Som nævnt i anbefaling 3 har regionsrådet afsat 10 mio. kr., der kan understøtte de regionsdækkende tiltag, der udvikles og varetages i Center of Excellence/Diagnostisk Center. Derudover skal beløbet finansiere spredning af den viden og de forløb, der er genereret i Center of Excellence. Der er stor fokus på, at sikre evidens for god praksis, for at kunne motivere andre hospitalsafdelinger til at indføre de dokumenterede forløb.</li> </ul>
<b>Region Nordjylland</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• For de ni udvalgte kroniske sygdomsområder er der etableret et tværsektorielt forum, som har til opgave at sikre den sundhedsfaglige forankring af patientforløb inden for deres fagområde. Det tværsektorielle forum udgør et rådgivende organ og indgår blandt andet i drøftelser om implementeringsstrategier, vurdere behov for særlige initiativer og rådgiver desuden om tilrettelæggelse af aktiviteter og samarbejde. Desuden har det tværsektorielle forum ansvaret for at informere om udviklingen i den medicinske teknologi. De tværsektorielle fora er sammensat med repræsentation fra administrationen, almen praksis, sygehusene, kommunerne og patientforeningerne.</li> <li>• Danske Regioners vidensdelingsportal ViS anvendes ligeledes.</li> <li>• Der sker desuden vidensdeling via de etablerede fora på området: Medicinsk specialeudvalg og medicinsk følgegruppe.</li> </ul>
<b>Region Sjælland</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geriatrisk Afdeling, Roskilde Sygehus: Deltager på videnskabelige sammenhænge med posters og foredrag for at udvide kendskabet til organisatoriske og behandlingsmæssige aktiviteter mellem landets geriatiske afdelinger. Efter behov sender vi desuden personale på studiebesøg på relevante afdelinger for at indhente organisatorisk og faglig erfaring. Desuden kan afdelingens projekter ses på afdelingens internetside.</li> <li>• Geriatiske Afdeling, Slagelse Sygehus prioriterer personalets deltagelse i kurser og konferencer for både at give og modtage erfaringer.</li> <li>• Medicinsk Afdeling, Næstved Sygehus indgår i alle forløbsprogrammer og pakkeforløb, der gælder for de medicinske specialer, afdelingen varetager. Samt indberette til alle NIP områderne tilsvarende</li> </ul>

<b>Region Syddanmark</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sundhedskoordinationsudvalget følger gennem årlige afrapporteringer fra de lokale samordningsfora arbejdet lokalt. De årlige afrapporteringer er med til at sikre videndeling og sprede gode erfaringer.</li> <li>• Herudover sikres videndeling og erfaringsspredning på tværs af regionerne gennem deltagelse i nationale arbejdsgrupper, temagrupper, konferencer m.v.</li> </ul>
--------------------------	---

## 19. DATA

---

Relevant statistik og data på det medicinske område skal være tilgængelig.

<b>Region Hovedstaden</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• I regi af sundhedsaftalen udsendes kvartalsvis ledelsesoverblik til hospitaler og kommuner for det somatiske område vedrørende genoptræningsplaner, 0-dagsindlæggelser, genindlæggelser og færdigbehandlede dage</li> <li>• Ligeledes vedrørende forebyggelige (gen)indlæggelser på grundlag af udvalgte diagnoser</li> </ul>
<b>Region Midtjylland</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Region Midtjylland har implementeret ledelsesinformationssystemet InfoRM. InfoRM leverer centrale informationer om Region Midtjyllands virksomhed. I InfoRM kan der trækkes data for eksempelvis medicinske afdelinger vedr. økonomi, aktivitet, løn og kvalitet (NIP-data for apopleksi, hjerteinsufficiens, diabetes og KOL).</li> <li>• Derudover følger regionen op på data fra den landsdækkende kvalitetsdatabase for geriatri over for både hospitalsledelser og specialeråd. (Databasen er endnu ikke indarbejdet i InfoRM. Men ultimo 2011/primo 2012 påbegyndes overførsel af data til regionens ledelsesinformations-system, dog står den geriatriske database ikke først for).</li> <li>• Udrulningen af MidtEPJ er i fuld gang, og forventes at være udrullet til alle hospitaler og i psykiatrien i løbet af 2011 og primo 2012. Dog er tidshorisonten for EPJ på Regionshospitalet Viborg og Horsens ukendt.</li> </ul>
<b>Region Nordjylland</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Region Nordjylland anerkender at der er behov for at prioritere effektivitet af igangsatte initiativer højt.</li> <li>• Der er i Region Nordjylland etableret en analyseportal, hvor-</li> </ul>

	<p>igennem data om blandt andet det medicinske område er tilgængelige. Der arbejdes desuden med at kombinere data fra denne portal med GIS-data.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der arbejdes desuden målrettet med Koncerninfo, som er en forbedret form for ledelsesinformation, hvori statistik og data fra det medicinske område også indgår.</li> <li>• Der pågår i øjeblikket et samarbejde mellem regionens sygehuse og administrationen ift. anvendelse af data ift. at besvare spørgsmål om, hvordan vi bedst muligt og mest hensigtsmæssigt anvender data på det medicinske område.</li> <li>• I regi af sundhedsaftalerne er der udvikles et ledelsesgrundlag, der tager udgangspunkt i sundhedsaftalernes skitserede faglige indikatorer for god opfølgning. Ledelsesgrundlaget fremgår af <a href="http://www.sundhedsaftaler.rn.dk">www.sundhedsaftaler.rn.dk</a>, hvor alle bl.a. kan følge udviklingen i antallet af færdigbehandlingsdage, genindlæggelser osv. og selv sammensætte egne pivottabeller.</li> </ul>
<b>Region Sjælland</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geriatrik Afdeling, Roskilde Sygehus: Indrapporterer til den nationale Geriatrik kvalitetsdatabase og anvender i forskningsmæssig sammenhæng dataanalyser fra Danmarks Statistik.</li> <li>• Geriatrik Afdeling, Slagelse Sygehus deltager i NIP, den nationale database for geriatri og planlægger nu også at deltage demensdatabasen (Region Hovedstaden).</li> <li>• Medicinsk Afdeling, Næstved Sygehus: melder ind til alle nationale kvalitetsdatabaser, samtidig med indberettes vores løbende audit der fortages med fokusområder der er benævnt under ovenstående spørgsmål til sygehuses kvalitetsafdeling.</li> <li>• LUP resultaterne videreformidles og indsatsområder iværksættes herefter.</li> </ul>
<b>Region Syddanmark</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• I Region Syddanmark formidles statistiske oplysninger og data på sygehusområdet gennem regionens ledelsesinformationssystem SydLIS. Her findes en lang række oplysninger vedrørende sygehusenes aktivitet, kvalitet, patientforløb, takststyringsforhold, økonomi mm. Data i SydLIS findes på regionsniveau, sygehusniveau og afdelingsniveau. Data opdateres som minimum månedligt. Af oplysninger i SydLIS der har særlig interesse for behandlingen af den ældre medicinske patient kan nævnes: På aktivitetsområdet findes bl.a. data vedrørende sygehusafdelingernes kapacitet og belægningsprocenter</li> </ul>

	<p>opgjort på måneder og år. Ligeledes findes information om antallet af sengedage, den gennemsnitlige liggetid for patienterne samt fordelingen mellem elektive og akutte patienter. Med hensyn til kvaliteten af patienternes behandling findes data for i hvilket omfang patienterne er blevet tildelt en kontaktperson under indlæggelsen, hvilken patientoplevelse kvaliteten patienterne har oplevet under indlæggelsen samt om hvorvidt sygehuset har sendt patientens læge et lægebrev senest 3 dage efter udskrivelsen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Udover informationerne i ledelsesinformationssystemet SydLIS kommunikerer en række informationer vedrørende sygehusforhold til kommunerne i Region Syddanmark igennem en særlig hjemmeside, 'Det kommunale vindue'. Her findes bl.a. oplysninger om antallet af indlæggelser for forebyggelige sygdomme, antallet af genindlæggelser, antallet af korte indlæggelser og antallet af udarbejdede genoptræningsplaner. Alle forhold som i høj grad vedrører den ældre medicinske patient, og som understøtter sygehusenes og kommunernes kommunikation og vidensdeling på området.</li> </ul>
--	---

## 20. MERE FORSKNING

---

Der er brug for målrettet sundhedstjenesteforskning, der kan give os viden om, hvad der virker bedst, når sygehus, almen praksis og kommune arbejder sammen om indsatsen for den ældre medicinske patient. Sundhedstjenesteforskningen skal prioriteres langt højere.

<b>Region Hovedstaden</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• På baggrund af sundhedsaftalen er der i Region Hovedstaden ved at blive etableret en organisering, der skal støtte sundhedstjenesteforskning, der især beskæftiger sig med det tværsektorielle samarbejde.</li> </ul>
<b>Region Midtjylland</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Region Midtjylland er i gang med at etablere en tværgående forskningsindsats inden for sundhedstjenesteforskning og de nye akutmodtagelser med deltagelse af regionshospitalerne.</li> <li>• Derudover er en ny hovedaftale vedr. forskning, uddannelse og udvikling på sundhedsområdet mellem Region Midtjylland og Aarhus Faculty of Health Sciences, Aarhus Universitet ved at blive indgået.</li> <li>• Region Midtjylland og kommunerne i regionen har oprettet</li> </ul>

	<p>samarbejdsstrukturen 'Folkesundhed i Midten', som yder økonomisk støtte til forsknings- og udviklingsaktiviteter til parterne i samarbejdsstrukturen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Center for Folkeundersøgelser og kvalitetsudvikling står for en lang række forskningsprojekter, MTV- og sundhedstjenesteforskning samt undersøgelser – f.eks. befolkningsundersøgelsen "Hvordan har du det?".</li> </ul>
<b>Region Nordjylland</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Region Nordjylland prioriterer området højt og har etableret en organisation til sundhedstjenesteforskning, og regionen og kommunerne samarbejder på området.</li> <li>• Der er en lang række projekter i gang i regi af den omtalte organisation, blandt andet vedr. patienters tilknytning til arbejdsmarkedet efter hjerteoperation (phd.), social kapital og sygelighed, KOL-patienters forbrug af sociale- og sundhedsydelser samt forebyggende helbredssamtale i almen praksis.</li> <li>• Se punkt 2 vedr. teledialogprojektet for hjertepatienter.</li> </ul>
<b>Region Sjælland</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geriatiske Afdeling, Slagelse Sygehus deltager i forskningsprojekterne PRO-HIP (vedr. pleje og rehabilitering af hoftepatienter) og ADEX (vedr. indflydelse af fysisk aktivitet på demens).</li> <li>• Medicinsk Afdeling, Næstved Sygehus medvirker ved Phd projekt vedr. hjerterehabilitering.</li> </ul>
<b>Region Syddanmark</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Region Syddanmark arbejder fortsat målrettet for at styrke sundhedsforskningen generelt i regionen. Dette gøres ved at understøtte de faglige forskningsmiljøer på alle sygehuse, forbedre forskningsinfrastrukturen og endelig gennem øget finansiering af forskningsprojekter. Konkret kan følgende specifikke tiltag nævnes i forbindelse med forskningen i den ældre medicinske patient og styrkelse af sundhedstjenesteforskning:</li> <li>• <b>Forskningspuljer:</b> Region Syddanmark har 3 permanente forskningspuljer; Region Syddanmarks Forskningspulje, ph.d. puljen samt post. doc. Puljen. Alle puljerne støtter sundhedsforskningsprojekter i bred forstand. Det gennemgående kriterium er patientfokus og anvendelighed i klinikken. Puljerne er åbne for ansøgninger fra sundhedstjenesteforskningsprojekter såvel som tværsektorielle projekter, der inddrager kommune, almen praksis og sygehussektoren. Region Syddanmarks forskningspulje rummer 4 specifikke indsatsområder, samt et frit forskningsområde, hvorunder midlerne kan søges. Et af de</li> </ul>

	<p>udvalgte indsatsområder er KOL, der berører en del af de indlagte ældre medicinske patienter. Et andet udvalgt område er forskning i den akutte patient, der også vil rumme forskningen i den del af de ældre medicinske patienter, som er akutte patienter, specielt i de nye FAM'er.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sundhedstjenesteforskning: Region Syddanmark har et tæt samarbejde med Institut for Sundhedstjenesteforskning, Syddansk Universitet samt Enhed for Sundhedstjenesteforskning, Sygehus Lillebælt, som er drivkræfter bag sundhedstjenesteforskningen i regionen.</li> <li>• Forskning i FAM og den akutte patient: Region Syddanmark arbejder også målrettet for at sikre, at sundhedsforskning bliver en central og integreret del af arbejdet i de nye FAM'er, hvor akutte medicinske patienter vil blive modtaget ved indlæggelse. FAM'erne byder på en unik mulighed for at indsamle data og forske i alle typer af akutte patienter og regionen vil udnytte denne mulighed ved at sikre, at der på hver FAM er ansat en forskningsleder, der er ansvarlig for forskningen på afdelingen. Der er endvidere etableret et Netværk for FAM-forskning med deltagelse af forskningslederne fra de fem FAM'er samt Syddansk Universitets Trygfond professor i akut medicin.</li> </ul>	Side 50
--	--	---------

## 21. TRÆNING UNDER INDLÆGGELSE

---

For de patienter, hvor en indlæggelse vurderes at være det rigtige tilbud, er det vigtigt, at patienten ikke mister fysiske færdigheder under indlæggelse. Alle regioner bør således tilbyde deltagelse i træningstilbud under indlæggelse, som er tilpasset funktionsevne hos den ældre medicinske patient, der vurderes at have et behov (jf. Sundhedsstyrelsens ”Styrket indsats for den ældre medicinske patient, 2011”, s. 41).

<b>Region Hovedstaden</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Et projekt på Hvidovre Hospital har til formål at optimere patientforløb for medicinske patienter over 65 år ved at anvende metoderne fra det accelererede kirurgiske patientforløb på disse patienters forløb. Heri indgår bl.a. optimering af træningsindsatsen under indlæggelse.</li> </ul>
---------------------------	--



<b>Region Midtjylland</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Træning i Geriatrik Afdeling foregår som en del af alle døgnets daglige gøremål.</li> <li>• Derudover foregår der forskellige træningstilbud under indlæggelse, som er en del af behandlingsforløbet ved flere sygdomme og skader, f.eks. for apopleksier (blodprop eller blødning i hjernen) på Regionshospitalet Lemvig, og for nyrehvervede hjerneskader sker rehabiliteringen på Regionshospitalet Skive og Hammel Neurocenter efter fælles visitation til træningstilbuddet.</li> </ul>
<b>Region Nordjylland</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er etableret terapeutdækning i weekenderne, jf. NIP indikatorerne for apopleksi</li> </ul>
<b>Region Sjælland</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Udvalgte patienter får tilbud, men det er ikke udbygget i tilstrækkelig grad på, alle afdelinger.</li> <li>• Geriatrik Afdeling, Slagelse Sygehus har træning under indlæggelse som en af sine kærneydelser.</li> <li>• Medicinsk Afdeling, Næstved Sygehus: Den enkelte patient vurderes ved indlæggelsen og skønnes det at det vil være formålstjenlig med iværksættelse af fysisk træning under indlæggelse iværksættes dette.</li> </ul>
<b>Region Syddanmark</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• I forløbsplanen, som udarbejdes i overensstemmelse med SAM:BO(Samarbejdsaftale om borger/patientforløb), er det defineret, at der skal indeholdes oplysninger om den lægefaglige vurdering af behov for genoptræning, herunder behovet for genoptræning under indlæggelse. Af forløbsplanen vil det også fremgå, om der er behov for såkaldt udvidet koordinering af genoptræningsforløbet, herunder kommunal deltagelse i træning under indlæggelse.</li> <li>• Der er igangsat et samarbejde mellem Odense Kommune, SDU og Region Syddanmark om forskning inden for genoptræningsområdet, hvor der også er fokus på træningsindsatser både før, under og efter indlæggelser.</li> <li>• Sygehus Sønderjylland er i gang med at udbrede et projekt målrettet den medicinske patient, hvor der blandt andet er fokus på at bringe terapeuterne tidligere på banen gennem screening, vurdering af behov for behandlingsredskaber og genoptræning og træning under indlæggelse af de patienter, der har behov/potentiale.</li> </ul>

For at undgå at patientinformation går tabt, kan regionerne udarbejde og implementere klare regler for kommunikation, ansvar og rollefordeling i forbindelse med flytning af den ældre medicinske patient internt på sygehuset samt mellem sygehuse med henblik på at sikre kvalitet og sammenhæng (jf. Sundhedsstyrelsens ”*Styrket indsats for den ældre medicinske patient, 2011*”, s. 41).

<b>Region Hovedstaden</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Der foreligger en række Regionale vejledninger om bl.a. lægers journalføring, som sikrer ensartede oplysninger om patienterne, når de evt. flytter mellem afdelinger og hospitaler og om nævnt epikriser, når patienterne udskrives.</li></ul>
<b>Region Midtjylland</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sundhedsaftalen for 2011-2014 indeholder en række udviklingsområder, bl.a. den ældre medicinske patient, hvor man vil udvikle en mere effektiv og sammenhængende indsats. Temagruppen vedr. sundhedsfremme og forebyggelse drøfter og kommer med anbefalinger til dette arbejde.</li><li>• Geriatrisk Afdeling i Aarhus tager med sine geriatiske teams ansvar for patienterne og sikrer gode sammenhængende patientforløb. Det sker med ”Følge-hjem” team fra akut medicinsk visitationsafsnit, ”Følge-hjem” team fra andre medicinske afdelinger, GO-TEAM – geriatrisk team på ortopædkirurgisk afdeling og apopleksiteamet.</li><li>• Tilsvarende tager Shared Care Team sig af de ældre medicinske patienter i Silkeborg, og i Herning, Holstebro og Horsens er der også geriatiske teams, som tager ansvar for patientgruppen.</li><li>• Forretningsudvalget indstillede i oktober 2011, at omlægge behandlingen af det neurologiske område. Det indebærer, at man vil oprette dedikerede udgående apopleksiteams, baseret på erfaringerne fra apopleksiteamet ved Geriatrisk Afdeling i Aarhus. Erfaringen er, at der kan opnås kortere rehabiliteringsforløb og mere intensiv rehabilitering i hjemmet/kommunen.</li></ul>

<b>Region Nordjylland</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der pågår en større analyse af den fremtidige ledelsesmæssige organisering af sygehusvæsenet i Region Nordjylland. Her arbejdes der med tre områder: patientforløb, modernisering af klinisk ledelse samt centerstruktur. På området omkring patientforløb er målet at sikre ensartede forløb uanset hvilket sygehus, man er indlagt på, hvilket således også vil gælde for de patienter, der går på tværs af sygehusene.</li> </ul>
<b>Region Sjælland</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er udarbejdet retningslinjer for ansvar og rollefordeling ved flytning mellem afdelinger og mellem sygehus på Holbæk, Roskilde og Køge Sygehus.</li> <li>• Medicinsk Afdeling, Næstved Sygehus: Fremgår at sundhedsaftalerne. Derudover anvender afdelingen samarbejdsblanket ved udskrivelsen af patienterne til kommunerne. Epikriser udsendes indenfor deadline.</li> <li>• Ved flyt mellem afdelingerne videresendes resume og pleje- og behandlingsplaner. I forhold til komplicerede forløb suppleres med mundtlig kommunikation</li> </ul>
<b>Region Syddanmark</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Med etablering af FAM i Region Syddanmark er der sat fokus på overflytningen /udskrivelsen. Det betyder bl.a. <ul style="list-style-type: none"> <li>• at procedurer ved overflytning /udskrivelse skal være enkle og så nemme som muligt</li> <li>• at alle informationer skal være opdaterede og tidstro</li> <li>• at der ikke blot gøres status ved overflytningen/ udskrivelsen, men at der er lagt en plan for det videre forløb/er angivet et formål med overflytningen, og</li> <li>• at patienten principielt ikke slippes, før man kan mærke, at modtageren har fat ("stafetmetoden").</li> </ul> </li> <li>• Stafetmetoden anvendes når patienten skal videre enten til en anden afdeling på sygehuset, til et andet sygehus eller til hjemmet med hjælp og pleje fra kommunen. Det er afgørende for den videre behandling og pleje at den, der overtager patienten, er indforstået med overdragelsen og gør sig klar til at tage imod. Det primære princip i stafetmetoden er, at man først slipper patienten, når man ved, at modtageren har et ligeså godt hold i patienten, som man selv har haft op til overflytningen / udskrivelsen.</li> </ul>

- |  |  |
|--|--|
|  | <ul style="list-style-type: none"><li>• I forhold til FAM skal der udarbejdes standardprogrammer, der er tilpasset de lokale forhold på sygehuset og samarbejdet med kommunerne og psykiatrien. Standardprogrammerne skal udarbejdes i en dialog med de øvrige afdelinger på sygehuset, kommunerne og psykiatrien for at sikre, at modtagerne af patienten får de informationer, der er relevante for den videre behandling og pleje af patienten.</li></ul> |
|--|--|