

Indholdsfortegnelse - Bilag

Indholdsfortegnelse - Bilag	1
2.1 Siden sidst	2
Bilag 1: Referat fra møde i Dialogforum den 16. juni 2021	2
3.1 Børnehus Syd	5
Bilag 1: Pjece_Behandling til børn udsat for seksuelle overgreb	5
3.2 Kollektive handlemuligheder på det specialiserede socialområde	8
Bilag 1: Notat KKR Syddanmark udgiftspres socialområdet.....	8
3.4 Ny samarbejdsaftale om intravenøs behandling	17
Bilag 1: Samarbejdsaftale om intravenøs behandling	17
3.5 Fælleskommunalt høringssvar til Region Syddanmarks akutplan	28
Bilag 1: Fælleskommunalt høringssvar til Region Syddanmarks Akutplan.....	28

2.1

Siden sidst

Referat fra møde i Dialogforum den 16. juni 2021

Mødedeltagere:

Danske Handicaporganisationer

Bente Rey, Ulykkes Patientforeningen
Gitte R. Reckendorff Nielsen, Dansk Handicapforbund
Ib Poulsen, Landsforeningen LEV

KKR Syddanmark

H P Geil, borgmester og formand for KKR Syddanmark
John Jensen, direktør og medlem af Socialdirektørforum
Grethe H. Nielsen, direktør og medlem af Socialdirektørforum
Birgitte Lambrechtsen, chefkonsulent, KKR Syddanmarks sekretariat

Afbud fra:

Johannes Lundsryd Jensen, borgmester og næstformand KKR Syddanmark
Repræsentant fra Skole og Forældre. Afventer ny repræsentant.

Ad 1. Præsentation af Center for Kommunikation og Velfærdsteknologi

Centerchef Steen Friis fortalte om CKV's forskellige målgrupper og tilbud.

Ad 2. Drøftelse af tillidskløft mellem borgere og kommuner

Ib Poulsen fremlagde kort resultaterne i VIVE's rapport og lagde op til en drøftelse af tillidskløften mellem borgere og kommuner.

Dialogforum drøftede efterfølgende eksempler på, hvordan kløften kan gøres mindre:

- Tydelig kommunikation målrettet modtagere – der er for ofte brug for en oversættelse, når kommunen sender breve til borgere
- Der er brug for konkrete handlingsbeskrivelser som opfølgning på kommunernes handicappolitikker
- Tillidsbaseret dialog – frem for kontrol og mistænkeliggørelse
- Benytte tovholder eller koordinerende sagsbehandler
- Forventningsafstemning og klar kommunikation
- Inddrage borgeren i sagsbehandlingen – det øger forståelsen hele vejen
- Flytte fokus til borgeren/modtageren
- Der er brug for, at kommunerne giver klare meldinger på, hvordan kløften kan gøres mindre – og pege på helt konkrete handlinger

Dialogforum drøftede også etablering af retssikkerhedsalliancen og fandt det her væsentligt at borgeren involveres tidligt og at, der er fokus på at borgeren er med omkring beslutninger.

Bente Rey pegede på, hvor vigtigt det er at inddrage pårørende og sikre at, der tages hånd om pårørende. Væsentligt at understøtte frivilliges indsats og

Dato: 18. juni 2021

Sags ID: SAG-2018-02354
Dok. ID: 3098968

E-mail: BEL@kl.dk
Direkte: 2383 2028

Haderslev Kommune
Christian X's Vej 39
6100 Haderslev

www.kl.dk/kkr-syddanmark
Side 1 af 2

netværksdannelse og kurser målrettet pårørende. Understøttelsen skal basere på tillid og ikke være bureaukratisk.

Ad 3. Status for arbejdet med evaluering af det specialiserede socialområde

Regeringen igangsatte i sommeren 2020 en evaluering af det specialiserede socialområde.

Evalueringen foregår i tre parallelle spor:

1. Afdækning af det specialiserede socialområde
2. Model for beskrivelse af specialiseringsniveauer med henblik på specialeplanlægning
3. Initiativer, som understøtter specialisering og kvalitet

I evalueringens spor 1 er der udarbejdet en række analyser og afdækninger til at belyse dette, som kan findes på ministeriets hjemmeside:

www.sm.dk/arbejdsomraader/handicap/evaluering-af-det-specialiserede-socialomraade

Analyserne, som bl.a. beskæftiger sig med tilbud, målgrupper og den strukturelle opbygning på det specialiserede socialområde, peger på, at hypotesen om afspecialisering på området ikke kan bekræftes.

Sideløbende afprøves i spor 2 en model for specialeplanlægning på det specialiserede socialområde på tre målgrupper: borgere med autisme, borgere med erhvervet hjerneskade og borgere med synsnedsættelse. Disse to spor afsluttes i september 2021. På baggrund af dette skal de politiske partier forventeligt i 4. kvartal drøfte, hvordan området bedst muligt indrettes fremadrettet i regi af evalueringens spor 3.

Ad 4. Konsekvenser i tiden med Covid-19

Tiden med Covid-19 har bragt gode som dårlige erfaringer med sig.

På den gode side er brugen af virtuelle kommunikationsformer – det har styrket kontakten mellem borgere, gjort samtaler med læger nemmere og har fået svage borgere med i sociale fællesskaber. Sygefraværet er faldet på grund af øget fokus på hygiejne og børn, som før var indesluttede, har fået en stemme via virtuelle klasserum.

På den negative side er, at ensomme borgere er blevet mere isolerede – og her er en opgave efterfølgende.

Ad 5. Temadag 2021

Dialogforum var enige om at afholde en temadag i efteråret 2021. Der er nedsat en arbejdsgruppe med Ib, Gitte og Birgitte. Gruppen laver et oplæg til tema og dato – og sender til godkendelse hos Dialogforum.

Ad 6. Eventuelt

Næste møde er den 3. november kl. 13-15 og bliver et fælles møde med det regionale kontaktforum for handicap.

Dato: 18. juni 2021

Sags ID: SAG-2018-02354
Dok. ID: 3098968

E-mail: BEL@kl.dk
Direkte: 2383 2028

Haderslev Kommune
Christian X's Vej 39
6100 Haderslev

www.kl.dk/kkr-syddanmark
Side 2 af 2

3.1

Børnehus Syd

Yderligere information

<https://socialstyrelsen.dk/born/overgreb>

<https://boernehus-syd.dk/>

Spørgsmål om det overordnede projekt:

Bente Marianne Olsen, beo@socialstyrelsen.dk,

Mobil 41 93 24 45

Spørgsmål om visitation af børn:

Til børnehuset i Esbjerg, Jannie Salskov, jasal@odense.dk,

Til børnehusene i Odense og Aabenraa, Lane Lund,

lalun@odense.dk

FAKTA

Følger af seksuelle overgreb

Børn, der har været udsat for seksuelle overgreb, er i stor risiko for at udvikle traumer (PTSD).

Forskning viser, at børnenes biologiske, emotionelle, sociale og kognitive funktionsniveau både på kort og på lang sigt bliver negativt påvirket, hvis de ikke modtager behandling.

FAKTA

Forskning om TF-CBT

TF-CBT er en meget veldokumenteret behandlingsmetode, der benyttes i store dele af verden til traumatiserede børn og unge.

Forskningen viser positive effekter i forhold til posttraumatisk stress, depression, angst, skam og adfærdsproblemer.

Der er også fundet positive effekter i forhold til forældrenes stressniveau og depressionssymptomer samt deres støtte til børnene.



Socialstyrelsen

Socialstyrelsen
Edisonvej 1,
5000 Odense C
Tlf.: 72 42 37 00

www.socialstyrelsen.dk



Socialstyrelsen

Behandling til børn udsat for seksuelle overgreb

TF-CBT – en ny indsats
til børn og unge med
behov for traume-
fokuseret behandling

Mange børn og unge, der har været udsat for seksuelle overgreb, har traumer og derfor brug for behandling på et højt fagligt niveau.

Det er en kommunal opgave at varetage støtten til disse børn. Da målgruppen er lille, er det ikke alle kommuner, som vil have kapacitet til at have relevante tilbud i eget regi. Derfor har Socialstyrelsen iværksat projektet Behandling til børn udsat for seksuelle overgreb med det formål at udvikle en nationalt dækkende behandlingsmodel til børn, der har brug for en traumefokuseret indsats.

VIVE har fået til opgave at udvikle og pilotteste en behandlingsmodel baseret på traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi, TF-CBT. Pilottesten af TF-CBT-behandlingen vil foregå i Børnehus Syd.

Sådan foregår behandlingen

Børnehus Syd tilbyder TF-CBT-behandling til de 22 kommuner i Region Syd. Behandlingen vil foregå i Børnehusets tre afdelinger, der ligger i Odense, Esbjerg og Aabenraa.

Behandlingen tilbydes i perioden marts 2021 til udgangen af 2022 og varetages af behandlere fra Børnehuset, som er uddannede TF-CBT-terapeuter.

Barnet modtager TF-CBT-behandling over 15 sessioner af en fast behandler. Samme behandler giver rådgivning til barnets forælder (som ikke må være krænkeren) eller anden omsorgsgiver om at støtte barnet. Dette sker i umiddelbar forlængelse af barnets behandling og med mulighed for fælles samtaler mellem barn, forælder og behandler.

Sessionerne vil foregå ugentligt og varer samlet 90 minutter.

Målgruppen

Målgruppen er børn, der:

- Er i alderen 6-17 år
- Har været udsat for seksuelle overgreb
- Har PTSD som primær problemstilling
- Er udredt i Børnehus Syd som led i § 50-undersøgelsen
- Har behov for traumefokuseret behandling

Barnets forælder eller omsorgsgiver skal deltage i barnets behandlingsforløb.

Visitation og betaling

Visitationen sker som en aftale om køb af relateret ydelse mellem barnets hjemkommune og Børnehus Syd, jf. bekendtgørelsen om børnehuse. Samlet pris for et behandlingsforløb er kr. 28.000.

Faseopdelt behandling

FASE 1

Stabilisering/færdighedstræning

- Psykoedukation og forældrefærdigheder
- Afspænding
- Affektregulering
- Kognitiv mestring

FASE 2

Bearbejdning

- Traumenarrativ
- Kognitiv bearbejdning

FASE 3

Integration/konsolidering

- In-vivo mestring af traumeudløsere
- Fælles forældre-barn timer
- Styrkelse af fremtidig sikkerhed og udvikling



TF-CBT behandling

TF-CBT er en manualbaseret behandling bestående af komponenter, som kan anvendes fleksibelt og tilpasses det enkelte barn og families behov. Behandlingen er opdelt i tre faser.

I den første fase er der fokus på psykoedukation om både den specifikke traumeoplevelse og almindelige traumesymptomer. Samtidig trænes barn og omsorgsgiver i at håndtere traumepåmindere og stressreaktioner. I den næste fase bearbejdes traumeoplevelsen.

Den tredje og sidste fase handler om fremtidig sikkerhed og videre udvikling. Her udarbejdes sikkerhedsstrategier, og de færdigheder, der er tilegnet i de tidligere faser, forstærkes.

Evaluering

De børn, der indgår i TF-CBT behandlingen, vil blive fulgt med før- og eftermåling for at vurdere resultaterne af behandlingen. VIVE yder processtøtte til Børnehus Syd og foretager evaluering af implementering, virkning og omkostninger af TF-CBT behandlingen.

Behandlerne i Børnehus Syd vil modtage efteruddannelse og løbende vejledning (certificering) i TF-CBT behandling fra eksperter i Norge.

3.2

Kollektive handlemuligheder på det specialiserede socialområde



Notat om kommunernes økonomiske udfordringer på det specialiserede socialområde

Resumé

Notatet giver et kort billede af udgiftspresset på det specialiserede socialområde, herunder en beskrivelse af årsager til presset, nemlig en stigning af borgere med psykiatriske diagnoser, stigende levealder, stigende enhedspriser (store prisstigninger på private botilbud), politisk forventning om serviceniveau samt nationale reformer og aftaler.

Med rammeaftalen har kommunerne aftalt en række indsatser for at modstå presset. Dels en løbende opfølgning på belægning og takster, generelt fokus på økonomistyring og en fremadrettet anvendelse af standardkontrakter. Der nedsat tre arbejdsgrupper med fokus på udvikling af styringsredskaberne, styrket samarbejde mellem sektorer samt fokus på kapacitet og kvalitet i tilbud. Derudover har kommunerne enkeltvis fokus på handlemuligheder for at imødegå de økonomiske udfordringer.

Der er begrænsede handlemuligheder og dermed stor risiko for, at udgifterne på området får konsekvenser for det øvrige kommunale råderum. Økonomiaftalen for 2022 gav ikke yderligere ressourcer til området, og i aftalen ligger en forventning om fortsat fokus på at styre og prioritere udgifterne på området inden for rammen.

Dertil ser Socialdirektørforum et behov for en stærk politisk opmærksomhed rettet mod såvel KL som Folketinget dels i forhold til de generelle økonomiske udfordringer dels i forhold til beslutninger med økonomiske udfordringer til følge.

Socialdirektørforum arbejder fortsat med udvikling af konkrete indsatser og analyser, som kan styrke kommunernes eget og fælles arbejde med håndtering af udgiftspresset. I den forbindelse overvejer SDF at nedsætte en taskforce, som kan give input til, hvilke handlemuligheder kommunerne i fællesskab skal sætte i værk fremadrettet. Heri ligger udvidede analyser som skal styrke viden-grundlaget for tiltag.

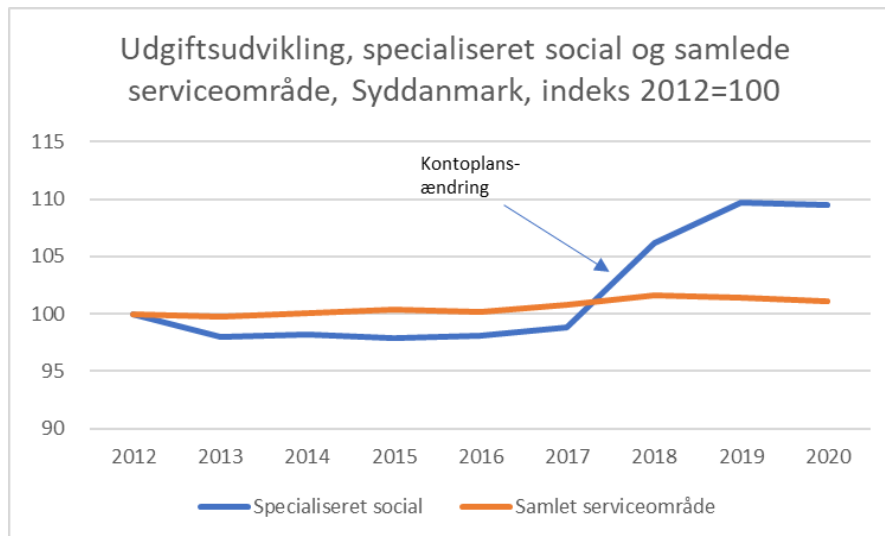
Baggrund for notatet

KKR Syddanmark har bedt Socialdirektørforum (SDF) om et oplæg om handlemuligheder på det specialiserede socialområde for at imødegå det fortsatte økonomiske pres på området. Samtidig ønskes belysning af mulighederne for økonomisk rammestyring af udvalgte institutioner.

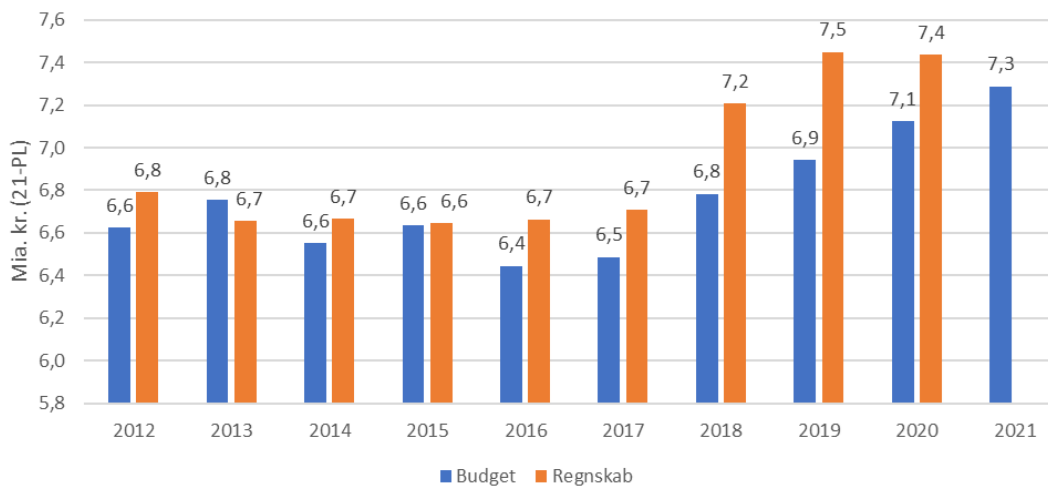
Overordnet problemstilling

Mange kommuner oplever styringsvanskeligheder og udgiftspres på det specialiserede socialområde.¹

¹ Udgiftsstigningen fra 2017 til 2018/19 skyldes delvist ændring i kontoplanen



Samlet udgiftsudvikling, specialiseret socialområde - voksen, Syddanmark



Kilde: KL - Udgiftsstigningen fra 2017 til 2018/19 skyldes delvist ændring i kontoplanen

Udgiftsudviklingen viser en stigning på det samlede specialiserede socialområde. Hver for sig og/eller i fællesskab har mange kommuner i de sidste par år analyseret årsagerne til udviklingen i udgifterne. Analyserne peger blandt andet på, at enhedspriserne er steget, og at der ses et politisk pres på serviceniveauet. Hertil kommer samfundsmæssige tendenser, megatrends og sociologiske trends, som ligeledes påvirker omfanget af udgiftsområdet, men som er vanskelige at forklare. Endelig ses også eksempler på underbudgettering af området.

Nye tal fra KL viser desuden, at Syddanmarks andel af voksne med en psykiatrisk diagnose er væsentlig højere end andre steder i landet. Se kommunekort bagerst i notatet.



En forudsætning for at opnå mere viden og gennemsigtighed i styringen på tværs af kommuner er, at der foreligger et fælles datagrundlag. Der er fortsat for få kommuner, der har/deler valide data for aktivitet og udgifter. Det fælles datagrundlag er desuden et væsentligt element i arbejdet med at synliggøre og dokumentere udfordringerne for de nationale beslutningstagere.

KL's partnerskabsprojekt 2019

KL har, i 2019 i et partnerskabsprojekt med 30 kommuner (herunder flere fra Syddanmark), set på årsagerne til udgiftspresset. Blandt andet er antallet af borgere med behov for støtte/bostøtte stigende, og den psykiatriske udredningsgaranti øger efterspørgslen efter kommunale, socialpsykiatriske støttetiltag. Det er kommunernes opfattelse, at det er yderst vanskeligt at påvirke disse faktorer på kort sigt, således omkostningerne på det specialiserede socialområde kan reduceres.

Sammen med faktuelle forhold, der øger udgiftsniveauet, ses en stigende forventning efter tiltag og ydelser fra brugerorganisationer. Et øget fokus på rettigheder og på kommunale afgørelser, hvilket også bidrager til et øget udgiftspres.

Partnerskabsprojektet pegede på overvejende fire årsager til udgiftsstigningen:

- Aktiviteten på området er steget kraftigt i den undersøgte periode
- Den primære driver er en kraftig stigning i antallet af borgere med en psykiatrisk diagnose
- Stigende levealder blandt borgere med funktionsnedsættelser bidrager til udgiftspresset
- Reformen på beskæftigelsesområdet bidrager til aktivitetsstigningen.

Indsatser i Syddanmark

SDF er stærkt bekymret over det stigende udgiftspres. SDF følger derfor udviklingen tæt med videns- og erfaringsudveksling og arbejder med forskellige tiltag, som bidrag til at modstå presset. Det drejer sig blandt andet

om årlig opfølgning på den økonomiske udvikling, halvårlig opfølgning på belægningsprocenter/kapacitetsudnyttelse, belægnings- og driftsmøder mellem Region Syddanmark og repræsentanter fra SDF, fokus på effekt og metoder samt resultatdokumentation og videndeling. Fokus er, at den styring, der ligger i rammeaftalen, tilpasses viden, erfaringer og ønsker i en syddansk kontekst.

Ydermere arbejdes der med:

- Ensartethed i takststruktur og afregning, så der sikres den bedst mulige gennemsigtighed i ressourceudnyttelsen. Hertil vil kommunerne implementere KL's standardkontrakter for køb og salg af pladser på det specialiserede socialområde. Dette vil bidrage til ensartethed på tværs
- Aftale om i fællesskab at finansiere eventuelt underskud, såfremt et tilbud må lukke. Dette bidrager til at forebygge en u hensigtsmæssig incitamentsmodel, hvor urentable tilbud holdes i gang for længe
- Løbende opmærksomhed på u hensigtsmæssige, lovgivningsmæssige problemstillinger, som medfører økonomiske udgifter for kommunerne. Eksempelvis private tilbud uden visitation med høje takster
- Kommunalt fokus på effektiv drift af botilbud, herunder incitamenter til progression for borgerne

Der er dermed iværksat en del indsatser fælleskommunalt, men også den enkelte kommune udvikler forskellige styringsmæssige greb og metoder til at imødegå udgiftspresset lokalt. Der er fokus på en stram visitation, på klare mål for den enkelte borger, styrkelse af kontraktforhandlinger, kompetenceudvikling og alle kommuner arbejder med forebyggelses- og rehabiliterende indsatser med det formål at støtte borgere tidligt, før deres støttebehov udvikler sig negativt. Forebyggende tiltag, der viser en aftagende vækst i antallet af modtagere af bostøtte.



Generelt er alle kommuner voldsomt optagede af at begrænse udgiftsstigningerne, men på trods af tiltag er presset og efterspørgslen efter ydelser på området i vækst.

Nationale politiske beslutninger

Der er de senere år besluttet en række landspolitiske tiltag med direkte indflydelse på kommunale budgetter, eksempelvis:

Kofoedsminde

En institution, hvor domsanbragte med udviklingshæmning afsoner dom. Udgifterne til Kofoedsminde er objektivt finansierede (kommuner finansierer udgifterne i fællesskab). I takt med at flere borgere med udviklingshæmning får dom, øges presset på afsoning og dermed på udgifterne.

Udgifter til Kofoedsminde i Syddanmark

mio. kr. 2021-tal	2017	2018	2019	2020	2021
Samlet	30,7	29,2	56,1	59,0	51,0
heraf regulering	4,1	0,0	8,8	11,3	-4,4
Stigning 2017=100	100	95	183	192	166

Udgifterne er fra 2017 til 2020 næsten fordoblet. SDF har gentagne gange, til både KL og Socialministeriet, peget på behovet for at begrænse væksten. Hertil de uhensigtsmæssige incitamerter, der ligger i den objektive finansiering, som kan give kommuner fordele i at sende borgere til afsoning på Kofoedsminde i stedet for selv at løse opgaven.

De særlige psykiatripladser

Ved etablering af de særlige pladser var kommunerne meget imod finansieringsmodellen, hvor kommunerne skulle finansiere pladserne uanset brug. Ganske vist blev kommunerne kompenseret via udligningen for denne merudgift, men langt fra nok. Der anvendes derfor adskillige mio. kr. til tomme pladser. SDF har gentagne gange rejst denne problematik over for både KL, Socialministeriet og Regionen.

Udgifter til de særlige psykiatripladser²

	2019	2020
Samlet	38,9	45,4
DUT-kompensation	-8,4	-8,4
Netto merudgift	30,5	37,0

Fordelingen af udgifter

	2019	2020
Belagte pladser	20,8	36,6
Tom drift	18,0	8,8
Samlet	38,9	45,4

² Tallene bygger på de regninger som Region Syddanmark har sendt ud i forhold til antal pladser og afregning for tomme pladser. Dermed kan udgifterne i tabellen godt afvige lidt fra de samlede udgifter i Syddanmark, hvis der er handlet på tværs af regioner.



Ungdomskriminalitetsnævnet

Ungdomskriminalitetsnævnet fastlægger målrettede og individuelle forebyggende indsatser for kriminalitetstruede børn og unge i alderen 10-17 år. Kommunerne har en generel interesse i indsatser, som bidrager til ændring af adfærd. Imidlertid ses, at udgifterne til tiltag besluttet af Ungdomskriminalitetsnævnet øger udgifterne. Der ses flere anbringelser på sikrede institutioner, og der vælges løsninger, som er dyrere end de tiltag, kommunerne selv tidligere igangsatte.

Der er for tidligt at se, om initiativerne fører til bedre resultater. Det er dog fortsat væsentligt at holde øje med både effekt og udgifter af indsatsen.

Børnene først

Den kommende reform "Børnene Først" forventes at give flere udgifter på det sociale børneområde. Regeringen har sat penge af til implementering af reformen, som dog reduceres over år. Vi kender ikke detaljerne i reformen, og slet ikke udgifterne, men kommunernes faglige medarbejdere forventer øgede udgifter.

Økonomiaftalen 2022

Det er væsentligt at bemærke, at ØA22 ikke gav nye ressourcer til det sociale område. Der ligger en forudsætning om fortsat fokus på at styre og prioritere udgifterne inden for rammen. Væksten af udgifter kan ikke fortsætte, og derfor forudser SDF effektiviseringer og reduktioner fremadrettet. Det er naturligvis op til den enkelte kommune at afgøre dette, men bør følges tæt af KKR. Det vil kalde på en stærk kommunikation både politisk og administrativt til borgerne, når/hvis kommunerne sætter reducerende servicetiltag i gang.

Økonomisk rammestyring

KKR ønsker en belysning af muligheder for rammestyring på hele eller dele af de sociale tilbud, altså at et socialt tilbud får en fast økonomisk ramme. Dermed vil institutionen modtage samme takst pr. borger uanset borgerens forskellige udfordringer eller funktionsnedsættelser.

Det er SDF's holdning, at det er yderst vanskeligt og uhensigtsmæssigt at gå tilbage til rammestyring. Det er væsentligt at huske, at der for ca. 5-7 år siden blev igangsat et omfattende arbejde i alle kommuner med at indføre differentierede takstpakker på det sociale tilbudsområde, som netop skulle tage højde for, at alle borgere ikke har samme behov for støtte.

Især ved køb af pladser i andre kommuner end ens egen, var der ofte drøftelser om det urimelige i, at man skulle betale samme takst. Det gjaldt blandt kommuner, som havde borgere med forskellige behov på samme tilbud og samme takst, og at en kommune ikke kunne være sikker på, at opholdstaksten også blev afspejlet i den støtte, borgeren fik.

Udviklingen i taksterne på tilbudssiden har haft en afsmittende virkning også på voksenstøtteområdet §85, idet mange kommuner også har indført differentierede takster her.

Det er SDF's holdning, at det er bedst at sikre gennemsigtighed i taksterne frem for ensartethed i taksterne, - så den enkelte kommune sammen med tilbuddet kan sikre, at den pris, der betales for borgeren, afspejler borgerens rette behov.

Økonomisk rammestyring vil øge presset i forhandlingerne mellem køber- og sælgerkommune, og tænkningen i rammeaftalen, nemlig at vi har en fælles opgave med at sikre tilbud til borgerne på tværs af regionen, vil nemt gå fløjten.

Flere kommuner rundt i landet har gode erfaringer med dialogbaseret rammestyring for bostøtteindsatsen og for de forebyggende tilbud. Her kan rammestyringen ideelt set medvirke til at understøtte, at borgerne får den nødvendige indsats på den korte bane og på den længere bane hjælpes ud af støttebehovet.



Handlinger fremadrettet

Kommunerne arbejder målrettet med at holde udgifterne i skak, men det er fortsat væsentligt med et politisk pres for at holde fokus på de økonomiske udfordringer, kommunerne står i.

- SDF udvikler fortsat styringsmetoder, deler viden om erfaringer, udgiftsstyring, arbejder med sikring af gennemsigthed i taksterne m.m.
- Kommunerne deler informationer ved beslutninger om reduktioner i serviceniveauer
- KKR opfordres til at fastholde politisk opmærksomhed på området og fortsat påvirke KL og Folketinget i forhold til de nationale tiltag, som er kommunale udgiftsdrivere
- KKR bør sammen med KL arbejde videre med at sikre flere midler til det sociale område
- KL opfordres til (ud fra B2022) at opsamle data fra socialområdet, for derved at synliggøre de store økonomiske udfordringer.

Målrettede arbejdsgrupper

I de seneste rammeaftaler har det været et fokusområde, at de samlede udgifter til det specialiserede socialområde skulle falde, eller minimum fastholdes i forhold til året forinden i alle kommuner og regionen. Stigningen i antallet af borgere, der har behov for en indsats på det specialiserede socialområde, har medført et udgiftspres og har vanskeliggjort realisering af fokusområdet.

Socialdirektørforum vil i 2021-2022 arbejde på at italesætte dette udgiftspres, og samarbejde omkring anvendelse af metoder, der kan holde udgifterne nede, men fortsat sikre, at borgerne tilbydes den nødvendige støtte. Der er derfor nedsat tre arbejdsgrupper:

- Tværsektoriel kobling til andre sektorområde
- Styring og kapacitet
- Kvalitet i indsatser

Arbejdsgrupperne skal bidrage med anbefalinger til en styrket indsats på deres respektive fokusområder, herunder udvikle konkrete indsatser, som kan styrke kommunernes eget og fælles arbejde med håndtering af udgiftspreset. Samtidig overvejer SDF at nedsætte en taskforce, som kan give input til, hvilke handlemuligheder kommunerne i fællesskab skal sætte i værk fremadrettet.

SDF indgår meget gerne i yderligere dialog med KKR om ovenstående notat.

På SDF's vegne

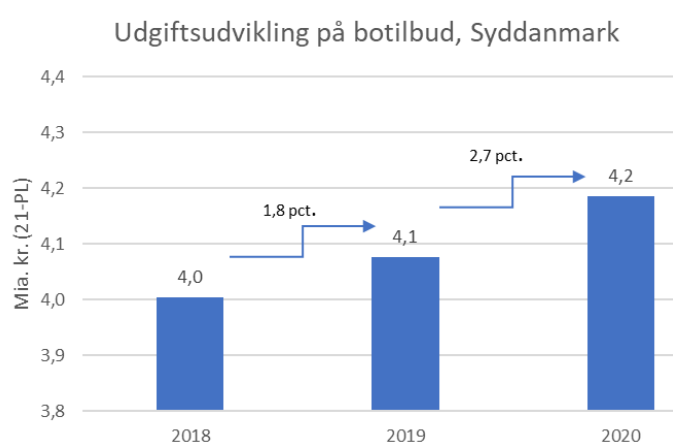
Formand Lise P. Willer, Esbjerg Kommune



Baggrundsnoter - Aktivitets- og udgiftsudvikling på det specialiserede voksenområde

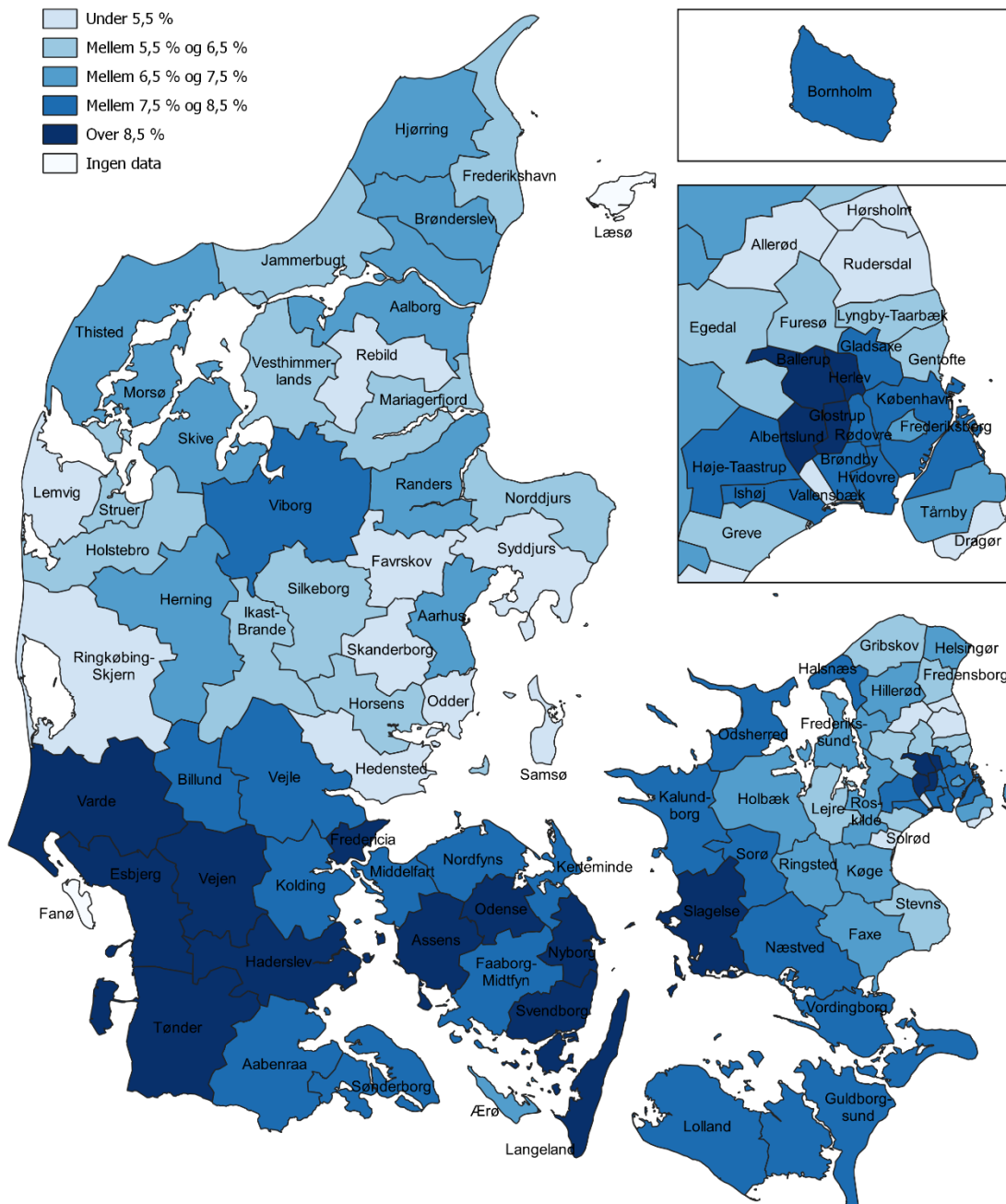
KL har analyseret udviklingen på landsplan og samlet set er udgifterne på det specialiserede voksenområde nogenlunde konstante fra 2019 til 2020. Dette skal dog for 2020 formentlig ses i lyset af en generel corona-afmatning i kommunernes regnskaber. Det må påregnes, at nedlukningen har været med til at dæmpe aktiviteten på flere indsatser på området.

Der ses en vækst i udgifterne til botilbud, som er steget med **397 mio. kr.** fra 2019 til 2020. Udgiftsudviklingen ser ikke ud til længere primært at være drevet af, at flere modtager hjælp. Udgifts- og aktivitetsdata peger derimod på **stigende enhedspriser** særligt på botilbud. Kommunerne peger på en række årsager til de stigende enhedspriser, herunder en stigning i antallet af meget komplekse borgere, stigende levealder og stigende priser på private tilbud.



Der ses en aftagende vækst i antallet af modtagere af bostøtte hænger sammen med at kommunerne med **succes har implementeret** en ny type forebyggende indsats fra 2018, men muligvis også at antallet af voksne borgere med psykiatriske diagnoser nu er **svagt faldende**. En ny oversigt fra 2021 viser dog at antallet af voksne med psykiatriske diagnoser

Andel af voksne med psykiatriske diagnoser, 2021



Note: Andel af 18+-årige pr. 1/1 2021, som i løbet af de foregående 5 år har fået registreret mindst én F-diagnose som aktions- eller bidiagnose i forbindelse med en hospitalskontakt (psykiatrien og somatikken). Andelen på Læsø og Fanø er ikke vist af diskretionshensyn (for få personer).

Kilde: KL-beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

3.4

Ny samarbejdsaftale om intravenøs behandling



Samarbejdsaftale for IV-behandling i nærområdet

Antibiotika og væske i kommunalt regi

Baggrund

Sundhedsaftalen har fokus på at udvikle et nært og sammenhængende sundhedsvæsen i balance, hvor parterne i fællesskab kan håndtere de udfordringer, sundhedsvæsenet står over for nu og i fremtiden. Det betyder, at vi skal tænke innovativt og i fællesskab anvende vores ressourcer klogt og til størst mulig gavn for borgerne i Syddanmark. Det skal ske ved i fællesskab at udvikle det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, og med dette som bagtæppe præsenteres herværende samarbejdsaftale, som omhandler IV-behandling¹ i kommunalt regi.

IV-behandling med antibiotika og væske foregår som udgangspunkt på sygehuset under indlæggelse. Nogle patienter er dog stabile og friske nok til at kunne tage hjem i nogle timer mellem hver behandling. Andre modtager ambulante behandling, hvor de møder ind to-fire gange i døgnet til planlagt infusion. For patienter og pårørende kan det være svært at få en hverdag til at hænge sammen, når man flere gange dagligt skal møde på sygehuset til behandling, og de fleste foretrækker at modtage behandlingen i nærmiljøet², hvis den kan foregå på samme faglige niveau som på sygehuset.

Patienten vil ved behandling i eget nærmiljø, ud over en relativ kort indlæggelse, blive sparet for transporttid, undgå isolation og vil kunne drage nytte af sit sociale netværk. Erhvervsaktive borgere vil bedre være i stand til at passe uddannelse eller arbejde. Desuden forventes det, at IV-behandling i nærmiljøet vil reducere risikoen for sygehusinfektioner og konfusion hos ældre/svage patienter, som ligeledes bedre vil kunne fastholde vanligt funktions- og aktivitetsniveau eller tidligere påbegynde rehabilitering og dermed undgå immobilisering i forbindelse med indlæggelse.

Samarbejdsaftalen rammesætter samarbejdet mellem Region Syddanmarks sygehusenheder og de syddanske kommuner om færdiggørelse af IV-behandling med antibiotika eller væske i borgerens nærmiljø og beskriver opgaver, ansvar og økonomi for de involverede parter³.

Samarbejdsaftalen tager afsæt i sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen (2017).

1. Parter i aftalen

Samarbejdsaftalen er udarbejdet i regi af sundhedsaftalen 2019-2023. Parterne er Region Syddanmark og de syddanske kommuner. Aftalen indgås mellem regionen og den enkelte kommune.

¹ Intravenøs behandling.

² Eget hjem, på kommunal sygeplejeklinik eller lignende

³ Parenteral ernæring og lavpotent kemoterapi adresseres i særskilte samarbejdsaftaler (bl.a. Samarbejdsaftale om behandling af patienter med lavpotent kemoterapi i eget hjem).



2. Formål

Samarbejdsaftalen giver mulighed for, at IV-behandling kan foregå tæt på borgerens hverdag, når der ikke længere er behov for behandling i sygehusregi ud over IV-behandlingen. Aftalen bygger på Sundhedsaftalens vision om et nært og sammenhængende sundhedsvæsen på borgerens præmisser og med sundhedsløsninger tæt på borgeren.

Formålet med samarbejdsaftalen er:

- Inden for de givne rammer at skabe forløb på borgernes præmisser
- At borgeren får mulighed for behandling i nærmiljøet/eget hjem
- At sikre en rammeaftale for ensartet praksis på tværs af alle sygehuse og kommuner til gavn for borgerne
- At udnytte ressourcerne optimalt på tværs af sektorerne

3. Målgruppen

Målgruppen er borgere fra 15 år, hvor der er påbegyndt IV-behandling i sygehusregi, og hvor der er et fortsat behov for IV-behandling, men hvor der ikke er behov for indlæggelse. Borgerne skal være stabile, og lægefagligt vurderet egnet til at færdiggøre behandlingen i nærmiljøet. Borgeren skal bo under forhold, der vurderes egnet til hjemmebehandling af den kommunale sygepleje, eller hvor behandlingen kan foretages i en kommunal funktion. Den samlede vurdering beror på en samtale mellem borger, evt. pårørende samt kommunalt og regionalt sundhedspersonale.⁴

4. Afgrænsning

Samarbejdsaftalen inkluderer følgende behandlinger:

- IV-behandling med isotone væsker
- IV-behandling med alle typer antibiotika

Krav:

- Behandlingen skal administreres i et lukket system
- Behandlingen må maksimalt skulle administreres tre gange i døgnet
- Den enkelte infusion skal kunne administreres på en måde, der tilgodeser, at kommunalt personale skal opholde sig i borgerens hjem i mindre end én time ad gangen

Aftalen omfatter alle lukkede systemer herunder fx:

- Codan-mix Add sæt⁵
- Elastomerisk pumpe
- CADD-pumpe
- DivibaX overføringskanyle

Aftalen omfatter alle følgende velfungerende IV- adgange herunder fx:

- Perifert venekateter (PVK)

⁴ Obs. en patient, der er fyldt 15 år, kan selv give informeret samtykke til behandling. Forældremyndighedens indehaver skal tillige have information (jf. SUL §16), og inddrages i den mindreåriges stillingtagen (SUL §17).

⁵ Kombineret blande- og infusionssæt der kobles manuelt til hætteglasset kort før brug. Det er muligt at forfylde og efterskylle med saltvand i det lukkede system, og sættet tilgodeser arbejdsmiljø både ved blanding og administration. Der kan ved senere udbud vælges et andet system, der opfylder samme kriterier. Evt. implementering af nyt system følges af tilbud om oplæring.



- Centralt venekateter (CVK)
- PICC-line eller MID-line
- Vaskulær injektionsport (VIP) som fx Porth-a-cath

Der kan lokalt indgå aftale om supplerende behandlingsforløb i kommunalt regi, hvis begge parter finder det hensigtsmæssigt – fx i forhold til unge under 15 år eller flere forløb end de i aftalen fastlagte.

5. Forpligtigelse

Kommunerne forpligter sig til at varetage IV-behandlingen inden for IV-aftalens ramme, når sygehuslægen vurderer, at IV-behandling i kommunalt regi er det bedste for patienten.

I tillæg til ovenstående kan der være ekstraordinære situationer, hvor det af hensyn til patientsikkerheden er muligt for kommunen at afvise kommunal håndtering af IV- behandlingsforløb. Forløbet håndteres i så fald i sygehusregi. Der er enighed mellem parterne om, at dette kun undtagelsesvist forventes at være tilfældet. Ved generel manglende kapacitet i den enkelte kommune afklares kapacitetstilpasning på direktionsniveau parterne imellem.

6. Indsatsen

IV-behandling er i Sundhedsstyrelsens *Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygepleje* defineret som en ”kan” opgave. Det betyder, at det lokale samarbejde skal udvikles i et gensidigt og aftalt tempo. Sygehuse skal stille kompetencer til rådighed i forbindelse med oplæring og rådgivning af den kommunale sygepleje.

Borgerne starter behandlingen på sygehuset og skal ved IV-behandling med antibiotika have modtaget minimum to behandlinger inden udskrivelse og overdragelse af administrationen til den kommunale sygepleje af hensyn til risikoen for en eventuel allergisk reaktion.

Sygehuset er ansvarligt for, at borgeren sendes hjem med en velfungerende IV-adgang med slange, og at der medsendes IV-kasse med ordineret antibiotika/væske og remedier til det antal dage, hvor det forventes, at borgeren skal fortsætte behandling.

Den kommunale sygepleje administrerer, efter vejledning fra den udskrivende sygehusafdeling, den videre behandling. Administration af IV-behandlingen sker i henhold til den enkelte kommunes regler vedr. arbejdsmiljø etc. IV-behandling i kommunalt regi varetages i nærmiljøet af den kommunale sygepleje med maksimalt 3 behandlinger i døgnet, i tidsrummet kl. 07.00-23.00. 6 måneder efter aftalens ikrafttræden drøftes behov og relevans for at øge antallet af behandlinger til 4 gange i døgnet.

For at sikre, at patienterne får den korrekte og bedste behandling skal patienter i IV-antibiotikaforløb have kontrolleret deres CRP-niveau på den tredje dag, og resultatet konfereres med den behandlingsansvarlige læge/afdeling for hermed at vurdere:

- om IV-behandlingen fortsætter i eget hjem
- om det er muligt at fortsætte forløbet med tablet i stedet for IV-behandling
- om patienten skal indlægges på sygehuset igen

Det lægefaglige behandlingsansvar:

Det er den ordinerende/udskrivende sygehusafdeling, der har det lægefaglige behandlingsansvar. Ansvaret indebærer:

- At borgeren er informeret mundtlig og skriftligt om udskrivelsen og IV-behandling med antibiotika
- At ordinere IV- behandling (både væske og antibiotika) i FMK
- At vurdere om borgeren kan behandles i hjemmet/kommunalt regi
- At udarbejde en plan for behandlingen, herunder behandlingsophør/ændring til anden administrationsform, evt. blodprøvetagning, evt. ambulante kontroller mv. Dette skrives ind i udskrivningsrapporten – jf. SAM:BO
- At de aktuelle ordinationer og evt. ændringer opdateres og sendes i korrespondance til kommunen og egen læge
- At sikre mulighed for at kontakte den behandlingsansvarlige afdeling (herunder den vagthavende læge) 24/7, hvis den kommunale sygepleje har spørgsmål til sygehusafdelingen

I nogle tilfælde vil borgere få ordineret og starte IV-behandling på et andet sygehus i Region Syddanmark end det i deres lokalområde. I disse tilfælde er det en del af det lægefaglige behandlingsansvar at sikre udlevering af medicin og remedier - også hvis behandlingen forlænges. Det er tilsvarende en del af det lægefaglige behandlingsansvar at sikre, at sygehuset i lokalområdet kan hjælpe med at genanlægge IV-adgang.

Efter afslutning af IV-behandling og ved anden sygdom (ikke relateret til IV-behandlingen) har borgerens praktiserende læge ansvaret.

Det lægefaglige behandlingsansvar er præciseret i Sundhedsstyrelsens *Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner* samt i Bekendtgørelse nr. 1219 af 11. december 2009 om sundhedsprofessionelles benyttelse af medhjælp.

7. Remedier og øvrigt udstyr

Når det er aftalt, at en borger skal færdiggøre IV-behandling med antibiotika i eget hjem eller nærmiljø, melder sygehuset ved udskrivelse en IV-kasse, som indeholder de nødvendige remedier evt. pumpe, og medicin/væske til den ordinerede behandling.

IV-kassen for antibiotikabehandling varierer iht. de medicinske præparater, men indeholder som udgangspunkt:

- Medicin, borgerinformation, infusionsæt, 10 ml. NaCl skyl, kanyleboks, remedier til anlæggelse af IV-adgang

IV-kassen for væskebehandling varierer i indhold, men indeholder som udgangspunkt:

- Væske, borgerinformation, infusionsæt, 10 ml. NaCl skyl, kanyleboks, remedier til anlæggelse af IV-adgang

Dokumentation:

- Kommunerne sikrer tidstro dokumentation⁶

⁶ Tidstro registrering betyder, at personalet registrerer/dokumenterer samtidig med, at hændelsen finder sted, det vil sige, at fx patienten registreres udskrevet, idet patienten forlader sygehuset



Opbevaring af medicin i borgerens hjem:

- Medicin, væsker og remedier opbevares efter forskrifterne og utilgængeligt for børn

Utensilier:

- Brugte utensilier såsom engangshandsker m.m. kasseres som almindelig dagrenovation
- Kanyler kasseres i kanyleboksen, mens medicinbeholder, mini-bag og infusionsslanger med evt. lægemiddelrester efter endt behandling, betragtes som risikoaffald og skal i gul kasse, som medbringes af patienten i forbindelse med kontrol på sygehuset. Patienten/pårørende/sygeplejerske kan også aflevere brugte kanyler mm. til kassation på et apotek

Indholdet af IV-kassen og information om utensiliernes anvendelse er nærmere beskrevet i lokale instrukser. Den kommunale akutfunktion medbringer øvrige nødvendige utensilier, så som engangshandsker (nitril), adrenalin og førstehjælpsremedier.

8. Kompetenceudvikling

Det aftales i de lokale samordningsfora, hvordan de kommunale sygeplejersker sikres mulighed for relevant kompetenceudvikling ift. at udføre IV-behandling – f.eks. via ”Fælles Skolebænk”. De lokale samordningsfora understøtter hinanden i kompetenceudviklingen. Kompetencer, der skal være til stede hos kommunale sygeplejersker, i forhold til IV-behandling:

- Medicinadministration i diverse intravenøse adgange
- Anvendelse af lukkede systemer, f.eks. elastomerisk pumpe, Codan-mix Add sæt og CADD-pumper
- Observation af og relevant handling på virkning og bivirkninger (herunder observation af allergiske reaktioner) under infusion
- Påbegyndelse af behandling af akut allergisk reaktion
- Pleje- og observation af IV-adgang
- Anlæggelse af perifert venekateter (PVK)

9. Opgave- og ansvarsfordeling

Ansvarsfordeling mellem sygehus og kommune er angivet nedenfor, se ligeledes bilag 1 for en tabeloversigt og flowdiagram.

9.1 Regionen, herunder sygehuset og den behandlende afdeling

Regionen, herunder sygehuset og den behandlende afdeling, har det lægefaglige ansvar for den påbegyndte IV-behandling, indtil denne er afsluttet.

Det omfatter ansvar for:

- At udarbejde en individuel behandlingsplan (både for IV-væske og IV-antibiotika), herunder plan for kontrol, opfølgning og behandlingsafslutning, samt formidle denne behandlingsplan, jf. SAM:BO aftale. Behandlingsplanen skal have fokus på behandlingens varighed, anvendelse



af pumpe og overgang til tabletbehandling eller selvadministration. Plan for evt. måling af vitale værdier

- At behandlingen starter på sygehuset, og borgeren ved IV-behandling med antibiotika har modtaget minimum to behandlinger inden udskrivelse og overdragelse af administrationen til den kommunale sygepleje af hensyn til risikoen for en allergisk reaktion
- At foretage en lægefaglig vurdering af, om patienten kan behandles i kommunalt regi og tage stilling til om patienten kan forlades under infusionen (Forudsætter at patienten kan komme i kontakt med behandlingsansvarlig sygeplejerske)
- At kontakte hjemkommunen, jf. SAM:BO, med henblik på at aftale opgavens løsning i kommunalt regi
- At ajourføre Fælles medicinkort (FMK) med dosis, antal doser pr. dag, antal behandlingsdage og seponering af IV-behandling
- At informere patienten og/eller pårørende om den ordinerede IV-behandling, herunder behandlingsplan, kontrol
- Oplyse patient/pårørende samt kommunale sygeplejersker om direkte telefonnummer på den behandlingsansvarlige læge/vagthavende læge (hovednummer) i afdelingen
- At rådgive og undervise kommunale sygeplejersker, der varetager medicinadministrationen, samt evt. stå til rådighed ved kompetenceudvikling jf. ovenstående
- At levere medicin og specifikke sygeplejeartikler til den ordinerede behandling
- At videregive epikrise til praktiserende læge ved behandlingens afslutning jf. retningslinjer i InfoNet
- At genanlægge IV-adgange i det omfang kommunen vurderer, at de ikke har de nødvendige kompetencer til det

9.2 Kommunerne, herunder den kommunale sygeplejerske

Kommunerne, herunder den kommunale sygeplejerske, har ansvar for:

- At kommunale sygeplejersker er oplært i intravenøs medicinadministration
- At planlægge og organisere hvor IV-behandlingen varetages i kommunalt regi
- At sørge for, at patienten kan få fat i sygeplejen, hvis patienten forlades under administrationen
- At kommunale sygeplejersker er oplært i, og følger, lokal kommunal instruks vedrørende behandling af en allergisk reaktion
- At kommunerne genanlægger IV-adgang, hvis kompetencerne er til stede
- Administration af IV-behandling kræver en sygeplejefaglig baggrund og må ikke delegeres til andre faggrupper. Der kan på lokalt initiativ tages stilling til videredelegation af dele af opgaven til andre faggrupper, så længe det sikres, at de nødvendige kompetencer er til stede.

9.3 Praktiserende læge/vagtlæge

Praktiserende læge/vagtlæge har ikke ansvar for IV-behandling i kommunalt regi, som er påbegyndt i sygehusregi. Efter afslutning af IV-behandling og ved anden sygdom (ikke relateret til IV-behandlingen) har patientens praktiserende læge ansvaret.

10. Information

10.1 Information mellem region og kommune forud for overdragelse

Når det besluttes, at en patient skal færdiggøre IV-behandling i eget hjem eller tæt på sit nærmiljø,



vil personalet på den behandlingsansvarlige sygehusafdeling kontakte visitationen/den kommunale akutfunktion i patientens bopælskommune for at aftale nærmere om varetagelse af opgaven jf. SAM:BO. Sygehuset kan tidligst overdrage opgaven til kommunen, når kommunen har accepteret.

I henhold til SAM: BO-aftalen skal der sendes information om patient og behandlingsforløb med reference til samarbejdsaftalen. Der skal medsendes kontaktoplysninger på den behandlingsansvarlige afdeling, herunder et telefonnummer, som er tilgængeligt døgnet rundt. Ligeledes skal der i den lokale instruks været et link til informationsmateriale målrettet den kommunale akutfunktion, i form af pjecer, der beskriver opgaverne forbundet med IV-behandling med antibiotika. Sygehuset er ansvarligt for, at informationsmaterialet er opdateret.

10.2 Patientinformation

Sygehuset skal sikre, at patienten er informeret mundtligt og skriftligt om udskrivelsen med IV-behandling med antibiotika. Informationen skal beskrive IV-behandlingen i kommunalt regi og ansvarsfordelingen mellem den behandlingsansvarlige sygehusafdeling og patientens praktiserende læge. Patienten skal acceptere tilbuddet om IV-behandling i kommunalt regi og informeres om muligheden for en ambulant tid eller indlæggelse, hvis noget uforudset opstår, og dette ikke kan løses uden for sygehuset. I forbindelse med udskrivelse kan der blive afholdt udskrivningskonference, gerne virtuelt, med deltagelse af repræsentanter fra kommunen, patienten og evt. pårørende. Patienten udskrives med telefonnummeret på den behandlingsansvarlige afdeling, således det er lettilgængeligt ved behov for kontakt, samt aftaler om behandlingsplan og kontrol i sygehusregi. Derudover skal patienten udskrives med telefonnummer til den kommunale sygepleje, hvis der skulle opstå behov for kontakt, inden iværksættelse af den kommunale behandling.

11. Økonomi

Region Syddanmark og kommunerne finansierer IV-behandlinger i kommunalt regi i fællesskab, hvor regionen finansierer 70 procent af forløbstaksten og kommunen finansierer 30 procent af forløbstaksten.

Den økonomiske ramme for den nye IV-aftale er en økonomimodel bestående af 4 typer forløbstakster. Anvendelse af forløbstakster skal bidrage til en smidig afregning og monitorering.

Økonomisk model med 4 forløbstakster:

1. Forløb med IV-antibiotika uden pumpe 7.000 kr.
2. Forløb med IV-antibiotika, hvor patienten får hjælp til montering af pumpe 1.400 kr.
3. Forløb med IV-væske 1.000 kr.
4. Langtidsforløb over 14 dage med IV-antibiotika uden pumpe. Døgntakst 1.400 kr. pr. døgn fra dag 15.

Modellen vil være en pilotaftale på 12 måneder med start fra 1. oktober 2021. I den periode vil kommunerne finde de rette rutiner i arbejdet, og samarbejdet mellem sygehuse og kommunerne udvikles. Efter de første 12 måneder evalueres modellen og taksterne genberegnes med udgangspunkt i den udviklede praksis i samarbejdet. Pilotaftalens betalinger efterreguleres ikke. I forbindelse med evalueringen tages, med udløbet af de 12 måneder, stilling til en mere permanent aftale med udgangspunkt i de genbereggede takster. Evaluering og genberegning af taksterne foretages fra 1. oktober 2022, og derfor efterreguleres taksterne fra 1. oktober 2022 og frem til



godkendelse af en permanent aftale. Taksterne reguleres herefter ved almindelig pris og lønfremskrivning, og genberegnes hvert andet år. Kommunerne sender regninger til det sygehus, som patienten udskrives/hjemskrives fra.

Forventninger til aktivitet og økonomi.

I 2018 var gennemsnittet for et IV-behandlingsforløb 5 dage. Det forventes også at være udgangspunktet for IV-aftalen. Med en konsekvent vurdering af behandlingen efter 3 dage på baggrund af CRP-niveau, forventes gennemsnitsforløbet dog at blive kortere. Væskebehandling forventes at være 3 dage med 1 behandling dagligt.

Det betyder at der med forløbsmodellen, uanset længden af behandlingsforløbet, vil være finansiering svarende til enten:

- 10 – 11 behandlinger uden pumpe i eget hjem
- 14 behandlinger uden pumpe i sygeplejeklinik
- 5 behandlingsdage med pumpe.
- 3 behandlingsdage med IV-væske.

Langtidsforløbstaksten skal sikre finansiering i tilfælde af længerevarende forløb.

12. Monitorering og opfølgning

Det er vanskeligt at vurdere hvor stort omfanget af aftalen vil blive, da vilkårene i aftalen er væsentligt anderledes, end det man har haft tidligere. Derfor vil det være helt centralt med en tæt monitorering af alle aktiviteterne i det første år. Derfor skal der etableres et særskilt arbejde med at fastlægge de endelige parametre i forhold til monitorering af aftalen.

Der gøres, på baggrund af kvantitative data, status på aftalen og implementeringen af aftalen efter 6 måneder.

Følgegruppen for Behandling og Pleje har ansvaret for, at der bliver monitoreret på samarbejdsaftalen, herunder med inddragelse af kompetencegruppen for monitorering.

Følgegruppen for behandling og pleje vil følge aftalen løbende i pilotperioden. Følgegruppen skal sikre løbende dialog og inddragelse af SOF'erne i forhold til at tilvejebringe viden om aftalens implementering og anvendelse.

Data for de første 12 måneder samles og analyseres med henblik på at få et mere klart billede af:

- Omfanget af forløb med IV-behandling i kommunalt regi
- Tidsforbrug i forbindelse med behandlingerne
- Antallet af daglige besøg
- Reale og afledte udgifter ved behandlingerne (brugertidsprocent mm.)

På den baggrund vurderes taksterne og revideres eventuelt, som grundlag for en mere permanent aftale om samarbejdet.

Region:

I den regionale registrering og indberetning til Landspatientregisteret er der ikke endnu lavet særlige koder til denne slags hjemskrivninger, hvor sygehuset fortsat har et behandlingsansvar, men hvor en anden part udfører behandlingen og plejen af patienten. Der forventes dog at komme en løsning på dette i 2. halvår 2021. Kontakter mellem sygehus og kommune registreres som vanlig i patientens journal, herunder konference om vurdering af patienten på baggrund af CRP-måling.

Sygehusene gennemfører endvidere en optælling af de tilfælde, hvor kommunerne i helt særlige situationer har måttet afvise at tage imod en patient.

Kommune:

I den kommunale registrering er det centralt at følgende dokumenteres:

- Type behandling
- Sted for behandling
- Tidsrum hos borgeren
- Hvem udfører behandlingen
- Observationer ifm. behandlingen
 - Herunder CRP på 3. dag

13. Aftalens ikrafttræden og opsigelse

Aftalen er godkendt politisk i Regionsrådet og er gældende fra det tidspunkt, hvor der er indgået aftale mellem [NAVN] Kommune og Region Syddanmark.

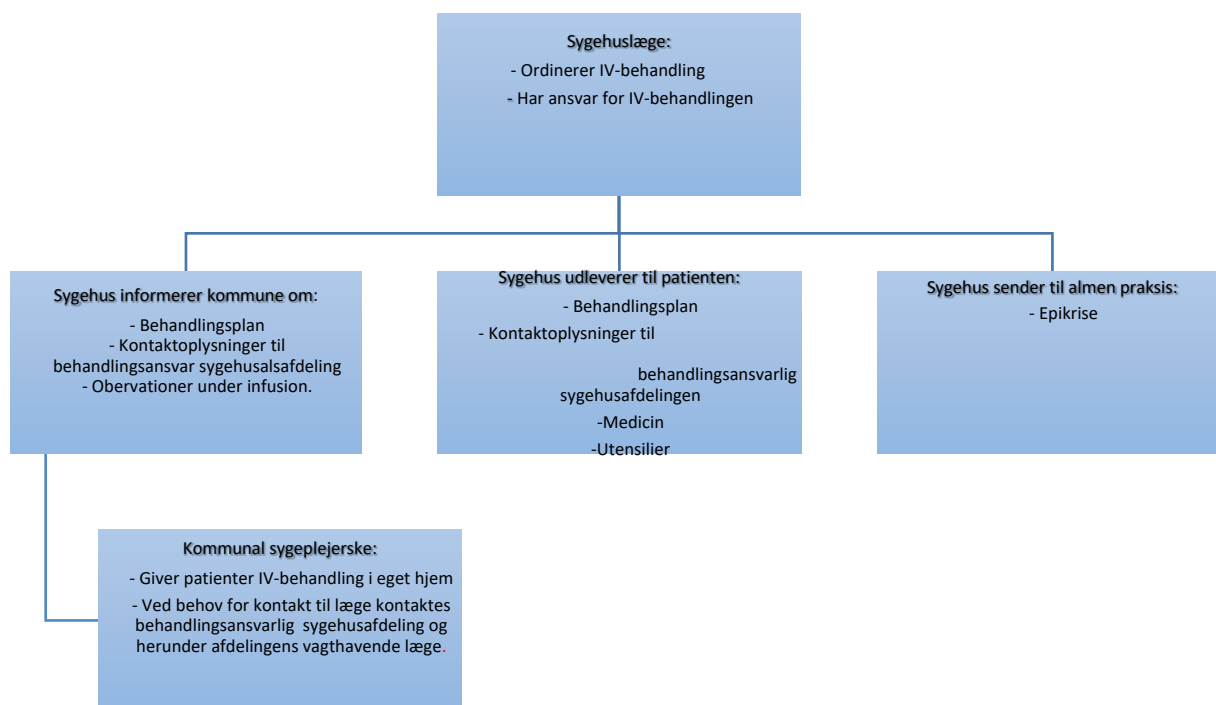
Aftalen er bindende de første 12 måneder efter underskrift. Efter de første 12 måneder kan aftalen opsiges af begge parter ([NAVN] Kommune og Region Syddanmark) med tre måneders varsel.

Det er frivilligt for kommunerne at tiltræde den nye IV-aftale med en økonomiske model. Ønsker en kommune ikke at tiltræde den nye IV-aftale, er der mulighed for at fortsætte de to nuværende "KAN" samarbejdsaftaler for hhv. væske og antibiotika. I de nuværende samarbejdsaftaler aftales det lokale samarbejde uden afregning mellem region og kommune.

Bilag 1

Opgave	Sygehus	Kommune	Praktiserende læge
Lægefagligt ansvar for IV-behandlingen	X		
Behandlingsplan, herunder evt. overgang til tabletbehandling	X		
Ordination	X		

Opstart af behandling	X		
Blodprøver	X		
Stillingtagen til om patienten kan forlades under infusionen	X		
Medicin og utensilier	X	X	
Planlægning af udskrivning	X	X	
Information til patienten om behandlingsplan og kontrol	X		
Oplysning om telefonnummer på behandlingsansvarlige afdeling til patienten	X		
Epikrise til praktiserende læge	X		
Information til kommune om observationstid, behandlingsplan via. plejeforløbsplan og/eller korrespondance	X		
Sygeplejersker med kompetencer til opgaven		X	
Undervisere til kompetenceudvikling	X		
Afvikling af kompetenceudvikling +lokaler til kompetenceudvikling	X	X	
Planlægning og organisering af hvor IV-behandlingen varetages i kommunalt regi		X	
Sygdom/behov som ikke vedrører IV-behandlingen			X



3.5

Fælleskommunalt hørings svar til Region Syddanmarks akutplan

Til Region Syddanmark

Fælleskommunalt hørings svar til Region Syddanmarks Akutplan

De syddanske kommuner takker for det fremsendte høringsudkast til Region Syddanmarks Akutplan. Kommunerne hilser som udgangspunkt planen, og dennes intentioner, velkommen. Akutplanen fremstår gennemarbejdet, overskuelig, velbeskrevet og ambitiøs. De syddanske kommuner ville dog gerne have haft muligheden for at have større indflydelse på Akutplanen, endnu tidligere.

Kommunerne anerkender det gennemgående fokus på at skabe et endnu mere sammenhængende sundhedsvæsen i Region Syddanmark, samt opmærksomheden på et tæt samarbejde på tværs af sundhedsvæsenet. Der er fra kommunernes side et ønske om at implementeringen af Akutplanen samtænkes med den kommende sundhedsreform med de 21 sundhedsklynger omkring akuthospitalerne. Derudover anerkender kommunerne, at dele af planen mere er udtryk for intentioner om retning for det videre arbejde, end en egentlig plan. Akutplanen er dog meget ambitiøs. Der er beskrevet 32 indsatser, som er mange indsatser at skulle implementere inden for en kortere årrække. Det foreslås derfor, at indsatserne prioriteres og konkretiseres ud fra, hvad der er vigtigst at få implementeret i forhold til at kunne realisere de overordnede mål for Akutplanen.

Kommunerne anerkender ligeledes, at der arbejdes videre med at udvikle akutområdet i Region Syddanmark ud fra Sundhedsstyrelsens anbefalinger, for på denne måde at styrke samarbejdet på tværs af sektorer. Ligeledes anerkendes intentionen om at undgå akutte (gen)indlæggelser, jævnfør de fælles målsætninger i Sundhedsaftalen 2019-2023.

Det undrer dog kommunerne, at der ikke indledningsvist henvises til Sundhedsaftalen, som ramme for de betydelige dele af Akutplanen, som går på tværs af sektorer. Derimod nævnes alene Region Syddanmarks egne pejlemærker for udvikling af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen samt Regionens Sundhedsvision som ramme for arbejdet i Akutplanen. Det er imidlertid besluttet i Det Administrative Kontaktforum, at implementeringen af initiativer på tværs af sektorer skal implementeres inden for rammerne af Sundhedsaftalen 2019-23 og det organisatoriske setup, der knytter sig hertil.

Kommunernes væsentligste bekymring ved Akutplanen er, at nogle af de opgaver, der lægges op til løftes i samarbejde med kommunerne, kan medføre behov for øgede kommunale økonomiske ressourcer. Det gælder f.eks. forslaget om samlokalisering af visitationsenheder på tværs af sektorer, ligesom der heller ikke kan anvises finansiering til udviklingsopgaverne. KL har i deres høringssvar til SST's anbefalinger for en sammenhængende sundhedsindsats ved akut opstået sygdom og skade, påpeget at en række af anbefalingerne ligger udover de opgaver, som kommunerne i dag varetager efter relevante bestemmelser i sundhedsloven, og at efterlevelse af disse anbefalinger vil være markant udgiftsdrivende for kommunerne. Dette er et væsentligt opmærksomhedspunkt i det videre arbejde. Derudover er det i KKR-Syddanmark besluttet at alle udgiftsdrivende opgaver, som overgår til kommunerne fra Regionen, kræver kommunal politisk godkendelse. Dette må derfor være udgangspunktet for evt. opgaveoverdragelse ifm. Akutplanen i Syddanmark. Det samme vil gøre sig gældende ved nye opgaver som ikke konkret overdrages.

De 22 syddanske kommuner er forskellige, både i geografisk størrelse, indbyggertal, økonomiske rammer og mulighed for at deltage i arbejdsgrupper, hvilket der skal tages hensyn til, i implementeringen af Akutplanen. Kommunerne finder det særdeles vigtigt at have fokus på

geografisk lighed ved at fastholde et grundlæggende princip om let og ensartet adgang til akutte sygehusydelse, uanset om der er et akutsygehus i kommunen eller ej. Endvidere finder kommunerne det relevant at der er fokus på konsistens og samarbejdsaftaler, der er gældende for alle sygehuse i regionen, så kommunerne kun skal forholde sig til én samarbejdsaftale, og ikke flere, afhængigt af sygehusenhed. Samarbejdsaftalerne kan med fordel formidles til alle regioner, og at det tilstræbes at der laves ens samarbejdsaftaler på tværs af regioner, da kommunerne modtager patienter fra hele landet, især fra specialsygehuse og universitetssygehuse.

Kommunerne kunne generelt godt tænke sig at have været inddraget tidligere i arbejdet med at skabe retningen for det fælles Akutområde. Kommunerne sætter pris på at være blevet involveret i såvel styregrupper som arbejdsgrupper, men generelt kunne man med fordel have gjort kommunerne til en endnu større del af beslutningen og udviklingen af det fælles akutområde tidligere. Dette ville have styrket ejerskabet, og udfoldet begrebet "akut", der kan opfattes forskelligt, afhængigt af, hvilken sektor, man befinder sig i.

I det videre arbejde med Akutplanen, skal man, i et ligeværdigt samarbejde imellem kommuner, regionen og almen praksis, udarbejde en plan for evt. konkrete indsatser for udmøntning af Akutplanen. Det er væsentligt at både by- og landkommuner er repræsenteret i arbejdet. Dette med hensyntagen til kommunernes forskelligheder og dermed mulighed for både en overordnet og en lokal prioritering. Det er væsentligt for kommunerne at alle relevante parter inddrages i det videre arbejde i medfør af Akutplanen, der går på tværs af sektorerne. Der bør som noget af det første ske en fælles prioritering af de tværsektorielle indsatser, så kommunerne enkeltvis har mulighed for at planlægge ift. økonomi og andre lokale udviklingsopgaver og prioriteringer. I Akutplanen indgår indsatser, som kun Region Syddanmark har det fulde ansvar for at implementere, samt indsatser som skal implementeres i et samarbejde mellem regionen og kommunerne. Kommunerne foreslår, at det tydeligt fremgår, hvilke indsatser der ønskes implementeret gennem et tværsektorielt samarbejde.

Generelle kommentarer

De syddanske kommuner har følgende kommentarer af generel karakter til Akutplanen:

- Kommunerne hilser intentionerne med etableringen af akutte visitationsenheder ved akutmodtagelserne, velkommen. Det er væsentligt for kommunerne at medarbejderne, der ansættes, skaber en god forbindelse og et godt samarbejde til alle kommunerne i området og ikke kun til de store kommuner, som akutmodtagelserne er placeret i. Måske bør indsatsen primært gå på at få skabt relationerne mellem medarbejderne frem for at visitationsenhederne skal kende til alle de kommunale tilbud, da dette i praksis kan blive svært. Kommunerne har derudover som bekendt også visitationsretten.
- Ift. til forslaget om samlokalisering af visitationsenheder på tværs af sektorer i den videre udvikling, er det væsentligt at være opmærksom på, at for mindre kommuner og Ø-kommuner, som er placeret længere væk fra akutmodtagelserne, er det nødvendigvis ikke en fordel at samlokalisere visitationsenheder på tværs af sektorer, da dette vil flytte medarbejderne væk fra kommunen og de tilbud, som de skal have kendskab til. Derudover sender flere kommuner borgere til sygehuse i forskellige SOF-områder, og det vil være ressourcemæssigt u hensigtsmæssigt at skulle være en del af flere visitationsenheder. Digitale løsninger på dette punkt vil være en mulighed.

- Det er væsentligt for kommunerne, at de psykiatriske patienter også tænkes ind i udviklingen af det akutte område. Kommunerne bakker op om et tæt samarbejde med den psykiatriske akutmodtagelse. Der bør dog tages højde for at kommunernes indsatser ift. borgere med psykiske lidelser i dag i nogle kommuner ikke er en del af den kommunale sygepleje, men er placeret under socialpsykiatrien, hvor man primært arbejder inden for serviceloven. En evt. ændring af denne organisering vil medføre en omfattende og dyr omorganisering i kommunerne og vil i de fleste kommuner ikke være hensigtsmæssigt. I nogle kommuner varetager den kommunale sygepleje i dag også opgaver i relation til den psykiatriske patient. Men der er brug for et øget fokus på samarbejde mellem lokalpsykiatri, socialpsykiatri og hjemmepleje/sygepleje. Sygeplejen giver ofte medicin og rykker ud til dårlige psykiatriske patienter i ydertimerne, som fx weekend, aften og helligdage mm. Det er væsentligt at fokusere på at de rette kompetencer er til stede hos personalet som møder disse borgere ift. at tilbyde målgruppen den bedste hjælp og behandling. Derudover at der mellem kommuner og regionen etableres de rettet arbejdsgange i forbindelse med indlæggelse/udskrivning samt forebyggelse.
- Det er problematisk at der i planen lægges op til at afvente nationalt arbejde vedrørende fælles princip for visitation til psykiatriske akutmodtagelser og øvrige tilbud. Der kunne godt allerede nu tages initiativer til f.eks. at undgå svingdørspatienter på de psykiatriske skadestuer, og at der uddannes fagligt kompetent personale til at tage hånd om psykoser med forbehold for nationale tilpasninger. Udfordringen lige nu er at kommunale sygeplejersker ofte står med opgaven og det er en meget ressourcekrævende opgave som med fordel kunne løses af Regionale udkørende teams.
- Kommunerne er enige i at der bør tages udgangspunkt i eksisterende fælles aftaler og indsatser, som f.eks. Sundhedsaftalen 2019-2023, ift. en fælles udvikling af akutområdet. På tilsvarende vis kan der være fordele i fremadrettet at samtænke Psykiatriplanen og Praksisplanen for almen praksis, med Akutplanen, så indsatser kører sideløbende og ikke forskudt af hinanden.
- Det bør i akutplanen beskrives yderligere, hvordan det påtænkes at evaluere og monitorere indsatserne i Akutplanen, så det kan sikres, at de ønskede effekter opnås. Fx kunne der under hvert indsatsområde angives indikatorer, som anvendes til evaluering og monitorering. Her bør der være en opmærksomhed på at anvende eksisterende data, så det ikke kræver ressourcer at udvikle nyt datagrundlag. Kommunerne ser også et behov for at evaluere det akutte forløb, i et samlet fagligt perspektiv og ud fra et borgerperspektiv. Det er vigtigt, at der ikke kun er fokus på kvantitet, som antal indsatser og aktiviteter, fremfor den borgerrettede helhedsorienteret indsats på tværs.
- Samarbejdet med almen praksis er vigtigt for kommunerne, og dette samarbejde, og den forventede udvikling heraf, kan med fordel udfoldes i Akutplanen. Det er væsentligt for kommunerne, at almen praksis rolle også indtænkes i flere af indsatserne i Akutplanen.
- Ift. etablering af fælles platforme og data, er det vigtigt med yderligere samarbejde og dialog med kommunerne om de nærmere rammer for dette, så det kan blive tydeligere for kommunerne, hvad dette medfører og indebærer ift. økonomi og ressourcer. Det er vigtigt, at der ikke udvikles for mange nye løsninger. Der er nationale initiativer i gang omkring datadeling med afsæt i FSIII og herunder sundhedslovsydelser i kommunerne. Det er derudover væsentligt først og fremmest at gøre brug af allerede eksisterende platforme, såsom Sundhed.dk, og at fokusere på at udbygge mulighederne her.

- Generelt er det positivt, at der flere steder i Akutplanen lægges op til brugen af digitale løsninger. Vi bør gøre brug af de positive erfaringer, som COVID-19 har medført vedr. brugen af videomøder. F.eks. bør de fælles visitationsenheder, hvor der er meget fokus på fælles fysisk placering, være udstyret med teknologisk udstyr, som understøtter virtuel kommunikation på tværs af sektorer. Ligesom fælles konferencer kan forgå online.
- I forbindelse med eventuel opgaveoverdragelse, er det væsentligt for kommunerne, at processen er inddragende og gennemsigtig, både i forhold til økonomi og forventede personaleressourcer. Opgaver, der overdrages og nye opgaver der ønskes oprettet, skal forinden vurderes vha. *modellen for aftalt og planlagt opgaveoverdragelse samt nye opgaver*. Inden opgaver kan overdrages eller oprettes, skal disse til politiskbeslutning i kommunen.

På vegne af de 22 syddanske kommuner.

Bilag 1:

Tekniske kommentarer

De syddanske kommuner har følgende tekniske bemærkninger til Akutplanen:

- **6.0-6.4 En styrket visitation:**
 - Det er vigtigt for kommunerne at de kommunale visitatorer inddrages i dialogen og samarbejdet, når en patient udskrives til et kommunalt tilbud, som det også beskrives i planen. For kommunerne er der en opmærksomhed på at en styrket visitation til et kommunalt tilbud, som alternativ til en indlæggelse, vil medføre et behov for en øget kapacitet f.eks. på kommunale akutpladser, hvor borgerens ophold også skal finansieres, og som der på nuværende tidspunkt ikke er ressourcer til at løfte.
 - I implementering af Akutplanen bør der være en opmærksomhed på ligestilling, når det drejer sig om transport. Transport til og fra kommunale pladser er egenbetaling for borgerne. Men når en borger skal transporteres til og fra sygehuset får borgeren i visse tilfælde betalt transporten. Implementering af Akutplanen vil givetvis medføre et øget pres på de kommunale pladser, hvilket medfører, at der flyttes flere transportudgifter over til borgerne.
 - Man bør i implementeringen af Akutplanen, i samarbejde med kommunerne, drøfte de overordnede rammer for samarbejdet, herunder tidsrammer for udskrivelse/overdragelse til kommunale tilbud. Opmærksomheden henledes på at kommunal visitation ikke er ens i de 22 kommuner i Region Syddanmark. Der bør i afsnittet tydeligere fokuseres på muligheder for virtuelle visitationsmøder/udskrivelseskonferencer som supplement til fysiske visitationsenheder.
 - Kommunerne er positive over for samarbejdet, som Akutplanen lægger op til ift. visitation, mellem de akutte visitationsenheder, kommunerne og almen praksis, men det bør tilpasses lokale behov.
 - Kommunerne bakker op om arbejdet med kvalitetsstandarder for serviceniveauet og løbende evaluering af organisering og opgavevaretagelse.
- **6.5 Bedre koordinering mellem somatisk og psykiatri:**
 - Kommunerne hilser muligheden for at kunne/skulle være repræsenteret i en fast samarbejdsstruktur mellem de fælles akutmodtagelser og de samarbejdende psykiatriske akutmodtagelser, der hvor det giver mening, velkommen. Det kan med fordel ske via fælles videomøder og lignende. Det er dog væsentligt, at man lokalt, i samarbejde mellem parterne, kan finde den struktur for samarbejdet, som giver bedst mening.
 - Især fra de kommuner som modtager borgere fra flere forskellige sygehuse er der et stort ønske om, at der findes en ensartet struktur for dette samarbejde, som kan bredes ud over hele regionen.
 - En konference som denne vil være relevant for flere kommunale faggrupper f.eks. fra Visitationen, Træningsafdelingen, Hjælpemidler og den kommunale psykiatri. Der bør

være fokus på hvordan der kan laves et set-up omkring disse konferencer, som ikke kræver at alle afdelinger i kommunerne er repræsenteret.

- De fynske kommuner bemærker at på psykiatrimrådet er det kun i Odense, der er PAM. Det betyder, at de psykiatriske patienter fra de fynske kommuner skal benytte PAM i Odense. Hvis de efter at have været på PAM, skal indlægges, sker det i Svendborg. De fynske kommuner ønsker derfor, at der etableres PAM i Svendborg også således borgerne kun skal et sted hen frem for at blive sendt rundt på Fyn, når de er i en psykisk skrøbelig situation.
- **6.6 forbygge indlæggelse og forbedre den præhospital behandling i eget hjem:**
 - Afsnittet indledes med flere påstande, som bør underbygges med henvisninger til konkret dokumentation eller kildehenvisninger. F.eks.: *Især for ældre borgere er en akut indlæggelse en stor omvæltning i den daglige rytme. En indlæggelse kan indebære store fysiske og psykiske funktionstab, som det tager lang tid at genvinde. Mange ældre og sårbare patienter er kun indlagt i kort tid, og i mange tilfælde ville et forholdsvis ukompliceret indlæggelsesforløb kunne have været undgået, hvis samarbejdet i det nære sundhedsvæsen var mere udbygget.*
 - Det bør fremhæves at indlæggelse kan være relevant, afhængigt af helbredstilstanden, ikke afhængigt af alder og forebyggelige indlæggelsesdiagnose.
 - Der kan med fordel inkluderes et afsnit vedr. konkretisering af lokalaftaler med alment praktiserende læger vedr. det lægelige behandlingsansvar og fokus på kompetenceudvikling til at løfte de nye opgaver som tiltag vedr. akut sundhedsfaglig kommunal indsats vil nødvendiggøre især også hvis paramediciner med assistance fra akutlæger kan iværksætte behandling i eget hjem/plejehjem, hvor det bliver kommunens akutfunktion/kommunale sygepleje som skal træde til og fuldføre iværksatte tiltag i samarbejde med almen praksis.
- **6.7 Fælles viden, kompetencer og samarbejder på tværs af sektorer:**
 - I forhold til initiativet **katalog på tværs af sektorer** er kommunerne interesseret i at høre, om kommuner og almen praksis også får adgang til dette, idet der står: *...opstilles en digital platform for regionen indeholdende..*, er der tvivl om, hvorvidt det kun er regionen, der får adgang til denne. Den kan med fordel deles med andre sektorer også. Dog er flere af disse oplysninger allerede tilgængelige på *Sundhed.dk*, så man kan med fordel gøre brug af denne eksisterende platform i arbejdet. Kommunerne er forpligtiget til løbende at opdatere *Sundhed.dk*, og det er en ulempe, hvis kommunerne forpligtiges til at holde endnu en platform opdateret. Derfor kan man med fordel bruge ressourcerne på at optimere *Sundhed.dk*, så denne bliver mere anvendelig for borgere, almen praksis, kommuner og Regionen.
 - I forhold til initiativet **fælles viden om patienten** er kommunerne positivt indstillet overfor dette. Det vil dog være op til den enkelte kommune at vurdere, om det er muligt at ændre i de værktøjer, som de anvender. Det vil være en fordel hvis kommunerne kan få "se adgang" til regionale data, da man således vil sikre mere tidstro datadeling. Det skal dog selvfølgelig være i overensstemmelse med gældende GDPR-lovgivning vedr. deling af patientdata.

- **Konference mellem akutafdeling og kommunal akutteam/sygepleje** er et initiativ, som kommunerne hilser velkommen. Der bør dog lokalt kunne tilrettelægges den bedste samarbejdsstruktur for dette, fx er det ikke sikkert, at det pr. automatik skal foregå dagligt, hvis ikke der er patienter, og af hensyn til de kommuner der modtager patienter fra flere akutafdelinger. Et tiltag kunne være at der laves et resume inkl. aftaler for den enkelte borger, som sendes direkte til kommunen. Det er dog væsentligt at kigge på, om kommuner, som ikke har et akutteam, kan/vil inddrages på en lignende måde. Man kan med fordel ændre SAMBO-aftalen og beskrive samarbejdet mellem kommune og FAM ved forløb under 48 timer.
- **Rammedelegation til kommunalt sundhedspersonale** er som udgangspunkt også et godt initiativ. Dog er det især her væsentligt at være opmærksom på, at dette for nogle kommuner kan kræve øgede økonomiske ressourcer, hvis kommunen i forvejen ikke løfter disse opgaver, og der derved flyttes opgaver, eller hvis kommunen ikke har kompetencer til at løfte opgaverne eller ikke har ressourcer nok ifm. med en mulig øgning i opgavemængder. Der skal ligeledes gøres opmærksom på, at Sundhedsstyrelsen endnu ikke har afsluttet arbejdet med mulighederne for rammedelegation, hvilket er afgørende for arbejdet med rammedelegation i regi af Akutplanen.
 - På nuværende tidspunkt kan en læge give en rammedelegation til en enkelt borger. Der kan ikke gives en rammedelegation fra en læge og til den kommunale sygeplejerske på en opgave, som ikke er ordineret konkret på et cpr-nummer. Som det er nu, så har sygeplejerskerne heller ikke mulighed for at have medicin med rundt til borgerne, medicin skal være at finde i borgerens hjem. Hvis dette skal ændres, kræver det en national ændring i lovgivningen. I kommunerne ser vi dog muligheder for at området kan optimeres uden en lovgivning. Arbejdsgangene omkring rammedelegation kan blive endnu tydeligere, end de er nu. F.eks. kan aftaler om, at en rammedelegation gives telefonisk. Handler det om medicingivning kræver det dog fortsat, at medicinen er at finde i borgerens hjem. Et andet eksempel er arbejdsgangene for, hvordan vi i fællesskab mellem sygehus, almen praksis og den kommunale sygepleje i god tid aftaler hvilke rammedelegationer, der kan blive relevante i forhold til borgerens sundhedstilstand og hvilken medicin der kan blive nødvendig inden for nærmeste fremtid, så medicinen kan ordineres og indkøbes til borgeren.
- **Fælles stillinger/fremskudte funktioner/lokalefællesskab** er også et initiativ som der er opbakning til, dog gøres der opmærksom på at dette muligvis ikke vil være interessant for alle kommuner, især ikke dem som er placeret længere væk fra akutmodtagelsen. Her kan digitale løsninger komme på tale. Der er dog opbakning til et tæt samarbejde mellem akutmodtagelsen og kommunerne. Der kan evt. kigges på fordele og ulemper ved at Fremskudte funktioner og lokalefællesskaber kan flyttes ud i de kommunale sundhedshuse og -centre, så det ikke nødvendigvis centrerer omkring sygehusene.
- **Udbygning af standardiseret vidensdeling** er et godt initiativ, som kommunerne gerne vil gå i yderligere dialog omkring. Det vil være en ide at undersøge om eksisterende værktøjer kan udvikles eller direkte anvendes. Fx sygehusenes dialogværktøj ISBAR (Identifikation, Situation, Baggrund, Analyse, Råd) som bruges som et mundtligt dialogværktøj, når arbejdsgange for overleveringer skal sikres, på den måde bliver alle relevante informationer delt. Derudover kan der være store

fordele i at kommunerne får adgang til sygehusenes retningslinjer og vejledninger, i det regionale dokumenthåndteringsystem D4, så den specialiserede viden, som sygehusene har kan deles.

- **Fælles kompetenceudvikling og relationel koordinering** er også et initiativ som kommunerne anerkender og bakker op om. Kommunerne er glade for det i forvejen gode samarbejde man har med på Regionen og almen praksis, men indgår gerne i dialog om yderligere fælles kompetenceudvikling og relationel koordinering, hvor det er relevant.
- **6.8 Styrket anvendelse af data og viden på tværs af sektorer:**
 - **Tværasektoriel ledelsesinformation og kvalitetsudvikling af akutte forløb** er en indsats med gode intentioner. Kommunerne er interesseret i at høre mere om tankerne med at etablere en fælles platform for deling af data på aggregeret niveau til ledelsesinformation. Der bør være opmærksomhed på at meget af den data som på nuværende tidspunkt er tilgængelig i kommunerne opgøres forskelligt. Derudover bør der også i det videre arbejde tages stilling til de økonomiske ressourcer det vil kræve at etablere denne platform, og hvad der kræves af kommunerne ifm. dette. Derudover bør det undersøges hvad GDPR tillader mht. deling af data på tværs af sektorer, inden man igangsætter arbejdet.
 - Indsatsen **Styrket brug af data og datadeling i det akutte forløb** og ligesom beskrevet ovenfor også en indsats som kommunerne er interesseret i at høre mere om, og som udgangspunkt har nogle gode intentioner. Kommunerne bakker op om at der undersøges mulighederne for en videreudvikling af SAM:BO ift. dette. Som nævnt ovenfor er det ifm. udviklingen af en fælles platform væsentligt at de nærmere overordnede rammer og muligheder drøftes mellem Regionen og kommunerne, så det bliver tydeligere for kommunerne hvad dette vil medføre at evt. udgifter og ændrede arbejdsgange. Man kunne alternativt kigge på en tidstro opdatering af KMD, LPR III, se adgang til Cosmic. Der er flere steder, det kunne være relevant at udbygge i stedet for at opfinde.
 - Under indsatsen **Viden og forskning i brugen af data til at forudsige og forebygge akutte indlæggelser** kan man med fordel også underbygge påstande som fremstilles først i afsnittet med henvisninger. Ift. indsatsen stiller kommunerne sig som udgangspunkt positive, men der er igen behov for yderligere uddybning af hvad rammerne for afdækningen er og hvilken rolle kommunerne får i dette arbejde. TOBS, og adgang til faglig sparring, f.eks. mellem speciallæge og akutsygeplejerske kunne også være eksisterende tiltag man kiggede på ifm. dette.
- **7.3 Andet samarbejde mellem almen praksis, lægevagt, sygehus og kommuner:**
 - Der bør være fokus på skriftlig kommunikation og dokumentation ift. fælles sundhedsfaglige akutindsatser for borgerne, så der sikres en tidstro dokumentation og opdatering af FMK.
- **7.4 Modernisering af lægevagts faciliteter og diagnostiske udstyr**
 - Det er positivt at akutplanen foreslår en modernisering af lægevagtskonsultationerne. Det er her vigtigt for kommunerne at der lægges vægt på at der i alle lægevagtskonsultationerne i regionen er samme bemanning til rådighed og samme standarder for stederne. Dette opleves som en udfordring i dag. Derudover skal

mulighederne for lægevagttider lokalt i kommunerne fastholdes, så man ikke skal køre til et sygehus.

- Det er positivt at der fokus på at kommunikationen mellem kommunal sygeplejerske, vagtlæge og eventuelt borger på sigt vil kunne finde sted via video. Der er gode erfaringer med dette under COVID-19 mellem bl.a. kommunal sygepleje og egen læge ift. de ældre medicinske patienter. Denne mulighed kunne med fordel etableres på døgnbasis og understøtte muligheder for tidlig opsporing og iværksættelse af behandling for at forebygge indlæggelser.

- **9. Implementering af akutplanen**

- Kommunerne er glade for at de tværsektorielle indsatser organiseres i regi af sundhedsaftalen.
- Opmærksomheden henledes dog på, at Følgegruppen for behandling og pleje i forvejen har en lang opgaveportefølje i forhold til de opgaver der igangsættes i regi af Sundhedsaftalen. Der kan være behov for at bemande følgegruppen evt. med flere regionale ressourcer hvis det skal være realistisk at følgegruppen skal sikre implementering af 13 relativt store indsatser i Regionens Akutplan. I forvejen er kommunerne udfordret på at trække ressourcer ind i stående arbejdsgrupper under følgegrupperne.
- Slutteligt er det positivt at det i akutplanen fremgår at *Nye indsatser, der forudsætter tilførsel af ressourcer i kommunerne, drøftes med kommunerne*. Hvis nogle af indsatserne vil medføre øgede økonomiske udgifter for den enkelte kommune, er det kun den enkelte kommune der kan bestemme om denne vil hjemtage indsatsen. Derfor er det væsentligt at Regionen udviser åbenhed, fleksibilitet og forståelse for at de 22 syddanske kommuner er forskellige og har forskellige muligheder, ressourcer og organiseringer.