



## Social- og Sundhedsudvalget

### Protokol

07-01-2015 kl. 15:30

Udvalgsværelse 1

Medlemmer

Bodil Kornbek

Mette Schmidt Olsen

Finn Riber Rasmussen

Dorthe la Cour

Curt Købsted

Henrik Brade Johansen

Søren P. Rasmussen

deltog

deltog

deltog

deltog

deltog

deltog

var fraværende

Som suppleant for Søren P Rasmussen deltog Henriette Breum

Derudover deltog:

Pernille Holmgaard

Lone Nygaard Jensen

Andreas Schløer Madsen

Lene Wedele Henriksen deltog under pkt. 2

Fra pårørenderådet deltog under pkt. 2:

Vibeke Rode Møller Hansen

Nina Harboe

Lillian Albeck

Anne-Grethe Andersen

Marianne Lindgren

## Indholdsfortegnelse

1. [Tildeling af §18 støtte til foreningen Første Skridt](#)
2. [Organisering af demensområdet - foretræde ved pårørende til demente](#)
3. [Støjafskærmning mellem Slotsvænget og Asylgade](#)
4. [Politisk bestilte effektiviseringsanalyser. Social- og Sundhedsudvalgets område](#)
5. [Oplæg til styrket hygiejneindsats](#)
6. [Godkendelse af forslag til sundhedsaftale 2015-2018](#)
7. [Meddelelser til udvalgets medlemmer - januar 2015](#)

1. Tildeling af §18 støtte til foreningen Første Skridt

Sagsfremstilling

Social- og Sundhedsudvalget besluttede den 3. december 2014 at nedsætte forvaltningens indstilling til Foreningen Første Skridts aktivitet Gældsrådgivningen med 7.000 kr. fra 11.4000 kr. med den begrundelse, at der ikke ydes midler til it-udstyr igen i år.

Idet udvalget også sidste år gav afslag til foreningens ansøgning om it-udstyr (bilag) forelægges foreningens ansøgning på ny (bilag).

Da it-udstyr ligger indenfor kriterierne for §18 støtten, og da udstyret understøtter foreningens frivillige gældsrådgivning, anbefaler forvaltningen, at udvalget bevilger yderligere 7.000 kr. til foreningen, så de sammenlagt modtager 11.400 kr..

Til orientering tilbageholder forvaltningen bevillingsbrevet til foreningen til udvalget har taget beslutning om den endelige bevilling. Forvaltningen har orienteret foreningen mundtligt herom.

Økonomiske konsekvenser

Forvaltningen foreslår, at midlerne finansieres af akutpuljen, som udvalget den 3. december 2014 valgte at opskrive til 29.000 kr.

Beslutningskompetence

Social- og Sundhedsudvalget.

Indstilling

Forvaltningen foreslår, at der bevilges yderligere 7.000 kr. til Gældsrådgivningen

Social- og Sundhedsudvalget den 7. januar 2015

Godkendt.

Søren P Rasmussen (V) var fraværende. I stedet deltog Henriette Breum (V).  
Henrik Brade Johansen (B) var fraværende

Bilagsfortegnelse

1. Bevillingsbrev 2014, Første Skridt

## 2. Organisering af demensområdet - foretræde ved pårørende til demente

### Sagsfremstilling

Social- og Sundhedsudvalget har igangsat en proces på demensområdet, der skal danne grundlag for en politisk drøftelse og formulering af relevante indsatser på området i forbindelse med en revision af Ældrestrategiens handleplan i foråret 2015. I processen indgår dialog med medarbejdere, eksperter, andre kommuner mv. for at skabe inspiration og input til, hvad der er god kommunal service til borgere med demens og deres pårørende.

På mødet den 3. december 2014 havde udvalget inviteret 4 medarbejdere fra ældreområdet til at deltage for blandt andet at tilkendegive deres mening om, at plejeboligerne i kommunen er opdelt i henholdsvis somatiske afsnit og demensafsnit.

Næste skridt i processen er en dialog med pårørende til demente. Der er derfor inviteret et antal pårørende, der har foretræde for udvalget med henblik på at dele deres oplevelser af og ønsker til den kommunale service til borgere med demens og deres pårørende.

### Økonomiske konsekvenser

Opgaven løses indenfor rammen.

### Beslutningskompetence

Social- og Sundhedsudvalget.

### Indstilling

Forvaltningen foreslår, at udvalget tager foretrædet til efterretning.

Social- og Sundhedsudvalget den 7. januar 2015

Taget til efterretning, idet der bliver arbejdet videre med de forskellige forslag og ønsker, herunder et demensforum.

Søren P Rasmussen (V) var fraværende. I stedet deltog Henriette Breum (V).



### 3. Støjafskærmning mellem Slotsvænget og Asylgade

#### Sagsfremstilling

Socialpsykiatrisk Botilbud Slotsvænget er i perioden fra 2011 til 2013 blevet ombygget, fra at huse 40 beboere i små 11 m<sup>2</sup> værelser med fælles toilet/bad og med adgang fra indvendigt gangareal, til 32 beboere med selvstændige lejligheder med egen indgang fra det fri og eget toilet/bad samt te-køkken.

Denne forbedring har medført, at Slotsvængets beboere siden indflytningen i juni 2013 anvender udearealerne på en mere aktiv måde end tidligere.

Naboerne, det vil sige beboere i 8 af de 12 lejligheder i den kommunalt ejede to-etagers boligblok Asylgade 9, har klaget til forvaltningen første gang den 6. oktober 2014 og efterfølgende den 19. november 2014 fremsendt underskriftsindsamling som supplement til klagen. Klagen handler om, at beboerne i 3 af boligerne i stueetagen og 5 boliger på 1. sal føler sig generet af gentagen støj fra beboerne på Slotsvænget. Klagen henviser særligt til gener fra en enkelt beboer på Slotsvænget. Derudover har en enkelt beboer i boligblokken fremsendt flere skriftlige klager til forvaltningen og fremsendt en log over hændelser. De nævnte klager er samlet i vedhæftede (bilag).

Forvaltningen har i perioden fra oktober til december arbejdet med at undersøge forskellige muligheder for at håndtere problemet, herunder muligheder for at etablere en støjafskærmning mellem den kommunalt ejede boligblok og botilbuddet Slotsvænget. Forvaltningen har i den forbindelse bedt et eksternt ingeniørfirma belyse effekten ved etablering af en støjskærm, beskrevet i notat af 28. oktober 2014 (bilag). Notatet fastslår, at en støjskærm med en højde på 2 m. kun vil have effekt i boligblokkens stueetage og ikke afhjælpe generne for boligblokkens 1. sal. Øger man højden til 3 m. vil der kun opnås en mindre støjreduktion for 1. sal.

Slotsvænget og Asylgade er en del af "Bondebyen" og er omfattet af Lokalplan 199 vedtaget i Kommunalbestyrelsen den 20. marts 2006. Lokalplanen er generelt restriktiv og beskriver blandt andet krav til, at hegn og beplantning mellem matrikler skal udføres som stakit, hæk eller som fritvoksende hegn med maksimum højde på 1,8 m. jf. hegnslovens bestemmelser. Der skal derfor søges byggetilladelse for etablering af en støjskærm mellem Asylgade 9 og botilbuddet Slotsvænget.

Forvaltningen vurderer, at opsætning af en støjskærm kun vil kunne reducere støj

for forholdsvis få boliger i stueetagen Asylgade 9, og set i forhold til den estimerede anlægsøkonomi, der vil være forbundet med etableringen, står udbyttet ikke mål hermed. Ydermere kan etablering af et støjværn af denne karakter, med fravigelse af lokalplanens rammer, måske skabe præcedens for andre matrikler, der grænser mod Slotsvænget og i Bondebyen generelt.

Forvaltningen anbefaler på ovennævnte grundlag, at der ikke etableres støjværn mellem Slotsvænget og Asylgade 9, men at Slotsvænget forsætter den pædagogiske indsats i forhold til beboernes adfærd på Slotsvænget, og at der arbejdes på at flytte den særligt støjende beboer til et andet lejemål på Slotsvænget, så generne for naboer ad den vej reduceres.

Sagen forelægges i Social- og Sundhedsudvalget med henblik på behandling af de forskellige muligheder for håndtering, samt oversendelse til Økonomiudvalget, hvis udvalget ønsker at etablere et støjværn. Sagen skal evt. herefter behandles i Kommunalbestyrelsen, med henblik på evt. omdisponering af anlægsbevilling til Slotsvængets ombygning. Hvis Kommunalbestyrelsen beslutter at få støjværnet bygget, skal Byplanudvalget søges om byggetilladelse.

#### Økonomiske konsekvenser

Etablering af et evt. hegn forventes at andrage:

NoiStop Green støjvægge 210.000 kr.

Byggetilladelse 6.000 kr.

Rydning af eks. hegn mm. 25.000 kr.

I alt ekskl. moms 241.000 kr.

Evt. f i nansiering heraf vil kunne tilvejebringes ved, at byggesagen for ombygning af Slotsvænget og Slotsvængets drift deler udgifterne ligeligt.

#### Beslutningskompetence

Sagen forelægges i Social- og Sundhedsudvalget med henblik på behandling af de forskellige muligheder for håndtering, samt oversendelse til Økonomiudvalget, hvis udvalget ønsker at etablere et støjværn.

Sagen skal evt. herefter behandles i Kommunalbestyrelsen, med henblik på evt. omdisponering af anlægsbevilling til Slotsvængets ombygning. Hvis Kommunalbestyrelsen beslutter at få støjværnet bygget, skal Byplanudvalget søges om byggetilladelse.

#### Indstilling

Forvaltningen foreslår,

1. at støjafskærmningen ikke etableres, da den kun vil kunne afbøde støjgener for boligblokkens stueetage og ikke for boligerne på 1. sal, samt set i lyset af den estimerede anlægsøkonomi.

2. at udvalget tager redegørelse for øvrige indsatser til efterretning.

Social- og Sundhedsudvalget den 7. januar 2015

Ad. 1 Godkendt

Ad. 2 Taget til efterretning

Søren P Rasmussen (V) var fraværende. Istedet deltog Henriette Breum (V).

Bilagsfortegnelse

1. LUKKET BILAG Notat støjgener- naboer Asysgade
2. JVM Itk botilbud slotsvænget støj

#### 4. Politisk bestilte effektiviseringsanalyser. Social- og Sundhedsudvalgets område

##### Sagsfremstilling

I forbindelse med indfrielse af effektiviseringskravet for 2015 blev det, foruden vedtagelse af en række initiativer for 2015, vedtaget at igangsætte analyser, der kunne bidrage til opfyldelse af effektiviseringskravet for 2016.

På Social- og Sundhedsudvalgets møde i december blev sagen Effektiviseringsindsats 2016 forelagt. I forlængelse heraf forelægger forvaltningen nu den politisk bestilte "*Analyse af weekendbesøg i Sundhedstjenesten (SU5)*" (bilag).

Analysen viser, at den kommunale sundhedstjeneste tilbyder et tidligt hjemmebesøg allerede på 4.-5. dagen efter fødslen, hvis familien er udskrevet inden for 3 døgn eller der har været tale om en hjemmefødsel. Dette på baggrund af de seneste faglige anbefalinger.

I praksis betyder anbefalingen, at der som noget nyt tilbydes besøg på lørdage og nogle søn- og helligdage.

Analysen konkluderer, at der ikke er sundhedsfagligt belæg for at skønne, at antallet af genindlæggelser af nyfødte vil stige, hvis sundhedsplejerskerne som tidligere praktiseret afholder besøg på 4.-6. dagen efter fødslen (og dermed typisk på hverdage). Det skyldes, at de fleste genindlæggelser sker pga. behov for lægelig behandling. De kan derfor ikke forebygges ved tidlige barselsbesøg. På den anden side viser analysen også, at ordningen med tidlige barselsbesøg overordnet fungerer godt, og at familierne føler sig trygge ved hurtig kontakt til sundhedsplejersken.

Analysen af weekendbesøg i Sundhedstjenesten viser effektiviseringer for 0,1 mio. kr. årligt.

##### Økonomiske konsekvenser

Analysen viser effektiviseringer for 0,1 mio. kr. årligt.

##### Beslutningskompetence

Social- og Sundhedsudvalget.

##### Indstilling

Forvaltningen foreslår, at den sagen vedlaatte analyse tages til efterretning og

indgår i det samlede sæt af forslag, der fremlægges for udvalget i april 2015.

Social- og Sundhedsudvalget den 7. januar 2015  
Taget til efterretning.

Søren P Rasmussen (V) var fraværende. I stedet deltog Henriette Breum (V).

#### Bilagsfortegnelse

1. Analyse af weekendbesøg i Sundheds-tjenesten (SU5)

## 5. Oplæg til styrket hygiejneindsats

### Sagsfremstilling

Social- og sundhedsudvalget besluttede på sit møde den 10. september 2014, at forslag om ansættelse af en hygiejnesygeplejerske i kommunen ikke skulle indgå som en del af kommunens ansøgning til regeringens ældremilliard. Udvalget ønskede i stedet et særskilt oplæg om hygiejneområdet på et senere møde. På den baggrund vender forvaltningen nu tilbage med en beskrivelse af hygiejneindsatsen på ældreområdet samt forslag til videre proces, der gælder for alle kommunens fagområder.

Ældreområdet er traditionelt godt rustet når det gælder hygiejneopgaverne. I kommunen har ledelsen et overordnet ansvar for at medarbejderne kender og anvender de hygiejniske principper i det daglige arbejde. Det være sig både i forhold til medarbejdernes arbejdsdragt, værnemidler og hygiejniske principper for håndtering af opgaver direkte i forhold til borgerne. Området er reguleret ved en række love og vejledninger, som ledelsen omsætter til direkte instrukser til brug for medarbejderne i plejen. Alle medarbejdere bliver ved ansættelsen introduceret til de hygiejniske principper bl.a. ved at gennemgå Statens Serum Instituts e-learning program om håndhygiejne. På plejehjemmene er der ved alle håndvaske mulighed for at afvaske og afspritte hænderne. I hjemmeplejen får medarbejderne mulighed for at medbringe håndsprit til eget brug. I 2013 gennemførte 35 af kommunens sygeplejersker et grundlæggende kursus i hygiejne for at sikre konkret og ny viden om hygiejniske forhold.

I Sundhedsaftalerne er fastsat, at regionen har en forpligtelse til at vejlede kommunerne om hygiejniske forhold. Dette foregår ved at kommunens ledelse er repræsenteret i et hygiejnenetværk omkring Herlev Hospital, hvor ny viden på hygiejneområdet formidles. Desuden yder mikrobiologisk afdeling på Herlev Hospital direkte vejledning i konkrete problemstillinger.

Imidlertid er der gennem de senere år kommet mere bevågenhed på nationalt niveau om hygiejneforhold i bl.a. den kommunale ældrepleje. Borgerne udskrives generelt tidligere og er derfor typisk mere svækkede end før. Det betyder, at kommunerne skal kunne varetage flere opgaver, som tidligere blev varetaget på sygehusene - også i forhold til hygiejne. Samtidig er der en øget forekomst af MRSA (penicillinresistente bakteriestammer), som giver udfordringer for de medarbejdere, der skal varetage plejen og behandlingen i kommunalt regi. Der er derfor behov for at se nærmere på om de eksisterende indsatser i ældreplejen er

tilstrækkelige.

Den øgede opmærksomhed på hygiejneområdet har mundet ud i, at Sundhedsstyrelsen har udgivet en såkaldt forebyggelsespakke om hygiejne (bilag). Forebyggelsespakken anbefaler, at kommunerne styrker deres hygiejneindsats generelt. Anbefalingerne omfatter således hele den kommunale organisation, da hygiejneudfordringerne ikke kun findes på ældreområdet, men også på kommunens daginstitutioner og skoler, på bosteder for handicappede og psykisk syge, mv. De konkrete anbefalinger handler f.eks. om at sikre, at der i pleje- og omsorgsopgaver altid arbejdes efter Statens Serum Instituts retningslinjer i forhold til svækkede borgere uanset om borgeren bor på institution eller i eget hjem. Det gælder både i forhold til ældre, for tidligt fødte børn, udviklingshæmmede, mv. En anden anbefaling handler f.eks. om at sundhedsplejen skal rådgive om hygiejne og gode fysiske rammer, herunder indeklima, rengøring og udluftning, i daginstitutioner og skoler. Det er eksempler på områder, som skal afdækkes i kommunen.

En styrket hygiejneindsats, især i forhold til håndhygiejne, vil kunne nedbringe forekomsten af smitsomme sygdomme til gavn for den enkelte borger. Det er også dokumenteret, at indsatsen vil betyde et betydeligt fald i sygefraværet blandt de ansatte. Det er erfaringen, at organisering af hygiejneområdet i kommunen på tværs af forvaltninger løfter kvaliteten af den daglige generelle hygiejneindsats både hos borgere og medarbejdere i alle kommunens tilbud. Organiseringen bidrager også til, at f.eks. uddannelse af medarbejdere foregår ensartet og kvalificeret.

Kommunerne er af KL blevet opfordret til at påbegynde implementeringen af forebyggelsespakken om hygiejne i lighed med de øvrige forebyggelsespakker fra Sundhedsstyrelsen. Herudover har kommunerne i Region Hovedstaden også forpligtet sig til at ville gennemgå deres eksisterende forebyggelsesindsatser med henblik på at påbegynde implementeringen af forebyggelsespakkerne.

Økonomiske konsekvenser

Opgaven løses inden for rammen.

Beslutningskompetence

Social- og Sundhedsudvalget.

Indstilling

Forvaltningen foreslår,

1. at udvalget tager forvaltningens orientering til efterretning
2. at forvaltningen udarbejder et konkret forslag til implementering af forebyggelsespakken om hygiejne, herunder vurderer eventuelle økonomiske konsekvenser, med henblik på fremlæggelse af sagen på ny i foråret 2015.

Social- og Sundhedsudvalget den 7. januar 2015

Ad. 1 Taget til efterretning.

Ad. 2 Godkendt.

Søren P Rasmussen (V) var fraværende. I stedet deltog Henriette Breum (V).

Bilagsfortegnelse

1. Hygiejne



## 6. Godkendelse af forslag til sundhedsaftale 2015-2018

### Sagsfremstilling

I januar 2015 skal en ny sundhedsaftale mellem Region Hovedstaden og de 29 kommuner i regionen træde i kraft. Sundhedsaftalen definerer rammer for snitflader, samarbejder og udviklingsmål mellem hospitaler, almen praksis og kommuner. Aftalen skal gælde for perioden 2015-2018. Aftalen er derfor udsendt til godkendelse i alle kommuner og i regionsrådet.

For første gang indgås én sundhedsaftale på tværs af alle kommuner i regionen. Som noget nyt består den af en politisk del og en administrativ del. Den politiske del sætter de overordnede målsætninger, mens den administrative del skal imødekomme målsætningerne.

På møde i oktober 2014 fik Social- og Sundhedsudvalget forelagt en orientering om arbejdet. Den politiske del af aftalen med de overordnede mål og indikatorer for målopfyldelse blev godkendt i Sundhedskoordinationsudvalget den 5. september 2014 efter at have været i politisk høring. Sundhedskoordinationsudvalget er det politiske samarbejdsorgan mellem region, kommuner og almen praksis.

Efterfølgende har den administrative del af sundhedsaftalen været i høring. Lyngby-Taarbæk Kommune har bidraget med kommentarer til et fælles høringssvar, som blev afgivet på vegne af kommunerne i planområde Midt omkring Herlev og Gentofte hospitaler (bilag). Sundhedskoordinationsudvalget godkendte forslaget til sundhedsaftalens administrative del på sit møde den 25. november 2014. Dermed foreligger det endelige forslag til sundhedsaftale, som Sundhedskoordinationsudvalget nu sender til politisk godkendelse i regionsrådet og de enkelte kommunalbestyrelser (bilag).

Overordnet er det forvaltningens opfattelse, at forslaget til sundhedsaftale indeholder relevante målsætninger og indsatser på de områder, hvor der er behov for, at kommunerne sammen med regionen og almen praksis kan skabe mere sammenhængende forløb på tværs af sektorer. Dermed følger også, at sundhedsaftalen er meget ambitiøs, og indeholder rigtig mange indsatser.

I høringssvaret på den administrative del af aftalen har kommunerne i planområde Midt omkring Herlev og Gentofte hospitaler derfor givet udtryk for, at der er nogle områder, som er mere væsentlige at fokusere på end andre

· Et væsentligt punkt er, at alle opgaveoverdragelser fra svæghus til kommune skal

være aftalt, og at aftalerne skal være gennemsigtige i forhold til økonomi og opgaveomfang. Det gælder såvel somatik, psykiatri og svangreomsorgen i sundhedsplejen.

- Det er desuden vigtigt med øget fokus på opgaveflytninger indenfor sygehuset med konsekvens for kommunerne. Det kan f.eks. være når sygehusene omlægger til mere ambulant aktivitet eller ønsker at nedbringe anvendelsen af højt specialiserede (og dyre) rehabiliteringstilbud til hjerneskadede, og dermed omlægger serviceniveauet. Det har store konsekvenser for kommunernes opgaveløsning.
- Et andet væsentligt punkt er at få indgået aftale om delegering af lægefagligt ansvar til kommunale medarbejdere, når de udfører lægelige ordinationer. Det er væsentligt, da mange kommuner, som i Lyngby-Taarbæk Kommune, har etableret en akut sygeplejefunktion.

Som noget nyt bliver sundhedsaftalen fulgt op af en implementeringsplan, hvor de enkelte indsatser skal prioriteres tidsmæssigt indenfor aftaleperioden. Det er et rigtig godt værktøj i forhold til at sikre mere forpligtelse og fremdrift i aftaleperioden. Det samlede indtryk af planen er imidlertid også, at rigtig mange indsatser skal igangsættes i 2015. Kommunerne i planområdet Midt har i sit høringssvar givet udtryk for bekymring i forhold til det arbejdspress, planen vil kunne medføre i 2015 (bilag). Desuden ses der tendens til, at indsatser på børneområdet, herunder svangre- og barselsområdet, udskydes til sidste del af planperioden, hvilket ikke er hensigtsmæssigt. Fx i forhold samarbejdet mellem hospital og kommuner om nyfødte, hvor der er behov for at koordinere indsatsen yderligere for at nedbringe andelen af genindlæggelser.

I forhold til organiseringen af implementeringsarbejdet pågår der for øjeblikket drøftelser om, hvorvidt der skal etableres fælles samordningsudvalg for somatik og psykiatri. Samordningsudvalgene er samarbejdsfora mellem hospital, almen praksis og kommuner. I dag er der adskilte samordningsudvalg for somatik og psykiatri. Drøftelserne er ikke tilendebragt, men generelt er holdningen, at det er mest hensigtsmæssigt at opretholde adskillelsen mellem somatik og psykiatri. Det er også forvaltningens opfattelse, at tiden ikke er moden til fælles samordningsudvalg. Udfordringen vil være, at psykiatrien vil have tendens til at blive nedprioriteret i et sådant fælles udvalg.

Sideløbende med sundhedsaftaleprocessen er der igangsat et arbejde, som skal munde ud i en ny praksisplan. Praksisplanen definerer rammerne for almen praksis virke. De dele af sundhedsaftalen, som beskriver almen praksis opgaver, skal indarbejdes i den kommende praksisplan, og på den måde vil de praktiserende læger fremadrettet både blive mere forpligtede og opnå større ejerskab til sundhedsaftalen.

### Økonomiske konsekvenser

Der ikke foretaget en samlet vurdering af de økonomiske konsekvenser, som er forbundet med at udvikle og implementere de enkelte indsatser i sundhedsaftalen. Mange indsatser fokuserer på at optimere arbejdsgange og processer, og fastlægge ansvar for hvem der gør hvad på eksisterende samarbejdsområder, hvilket typisk ikke vil kræve store investeringer.

Af opgaver som kan være særligt udgiftsdrivende, kan der umiddelbart peges på fx indsatsen om afprøvning og udvikling af nye modeller med fælles drift og tværsektoriel forskningsindsats. Fagligt set er der områder, der vurderes som væsentlige områder.

Det er i implementeringsplanerne, at de mange målsætninger skal konkretiseres. I denne proces vil parterne skulle sætte ambitionsniveauet i forhold til den økonomi, der er til rådighed. Sundhedsaftalerne sætter et fagligt ambitionsniveau, men ressourcetrækket blandt kommuner og region først fastsættes med implementeringsplanerne.

Beslutningskompetence  
Kommunalbestyrelsen.

### Indstilling

Forvaltningen foreslår, at kommunalbestyrelsen godkender forslag til sundhedsaftale for perioden 2015-2018.

Social- og Sundhedsudvalget den 7. januar 2015

Anbefalet, idet udvalget ønsker at der udarbejdes en prioritering blandt de forskellige forslag til indsatser som grundlag for implementeringen i kommunen. Herunder at potentialer og omkostninger for de enkelte indsatser gøres klart.

Udvalget ønsker, at indsatser til at styrke sammenhæng mellem hospitaler og kommuner omkring svangreindsatsen prioriteres tidligt i aftaleperioden, så genindlæggelser i højere grad kan undgås. Ligeledes skal delegering og samarbejde omkring lægefagligt ansvar prioriteres i aftaleperioden, så kommunernes sygeplejefaglige indsatser i fx akuttilbud kan styrkes.

Søren P Rasmussen (V) var fraværende. Istedet deltog Henriette Breum (V).

### Bilagsfortegnelse

1. Samlet udkast til SA3
2. Høringssvar adm. sundhedsaftale - midtklyngen

## 7. Meddelelser til udvalgets medlemmer - januar 2015

### Sagsfremstilling

#### 1. Status for hjerneskade indsatsen

Lyngby-Taarbæk Kommune har modtaget en klage fra forældrene til en yngre mand, der grundet en senerhvervet hjerneskade pt. er på genoptræningsophold på Fortunen. Klagen har medført et politisk ønske om en redegørelse for serviceniveauet på området. Meddelelsen var også på udvalgets møde i december. Notat der beskriver indsatsen på området er udsendt (bilag) samt det ydelseskatalog, der gælder for indsatsen (bilag).

#### 2. Digital ansøgning til personlige hjælpemidler

Folketinget har vedtaget at gøre det obligatorisk for borgerne at betjene sig selv digitalt på alle egnede serviceområder frem mod 2015. Den obligatoriske digitale selvbetjening er beskrevet i en bølgeplan fordelt på fire bølger. Første bølge startede i december 2012. Anden bølge kom i december 2013, hvor det bla. er vedtaget, at ansøgning om personlige hjælpemidler skal ske digitalt. Udvalget får til orientering beskrivelse af lovens konsekvenser for borgerne (bilag).

#### 3. Social indeks fra Socialpædagogernes Landsforbund

Socialpædagogernes Landsforbund har udarbejdet socialt indeks, hvor de 98 kommuner er placeret i forhold til besvarelserne. Lyngby-Taarbæk Kommune er nr. 83 på indekset. Forvaltningen har lavet notat, der beskriver undersøgelsen og overordnet forholde sig til resultatet (bilag).

Selve indekset kan ses på [www.socialindeks.dk](http://www.socialindeks.dk)

#### 4. Partnerskab med Socialstyrelsen

Forvaltningen har i november 2014 søgt Socialstyrelsen om at være partnerskabskommune i udviklingen af Task Force på handicapområdet. Socialstyrelsen har tilbudt kommunen at være partnerskabskommune. Ansøgningen til Socialstyrelsen er vedlagt (bilag).

#### 5. Opsamling fra møde med medarbejdere om demens

På Social- og Sundhedsudvalgets møde i december 2014 havde udvalget drøftelser med fire medarbejdere fra ældreområdet omkring kommunens demensindsats. En kort opsamling fra drøftelsen er vedlagt (bilag).

#### 6. KL temamøder

KL afholder i første halvår 2015 en række arrangementer og temamøder på

udvalgets område. Udvalget kan på mødet drøfte, hvem der ønsker at deltage i arrangementerne. De er beskrevet nedenfor:

20. januar - KLs sundhedskonference. Læs mere her:

<http://kl.dk/Arrangementer/2015/01/KLs-Sundhedskonference-den-20-januar-2015/>

28.-29. maj - KLs sociale temamøde -

<http://kl.dk/Arrangementer/2015/05/KLs-sociale-temamode-den-28-29-maj-2015/>

7. Status og proces for opførelse af nye omsorgsboliger på Buddingevej 50  
Kommunalbestyrelsen godkendte den 20. november 2014 Lokalplan 251 for omsorgsboliger på Buddingevej 50, hvor mindre justeringer omkring ind- og udkørsel var indarbejdet.

Daurehøj Erhvervsbyg A/S vandt totalentreprisen i konkurrenceudbud med tre tilbudsgivere. Forvaltningen indgår i december 2014 kontrakt med Daurehøj Erhvervsbyg A/S og indleder samtidig dialog med samme om tilretning af konkurrenceprojekt/dispositionsforslag. Relevante brugerrepræsentanter inddrages i processen.

Fra primo februar 2015 udarbejdes forprojekt og myndighedsprojekt med efterfølgende hovedprojekt frem til byggeriets start i april 2015. Forvaltningen forventer, at byggeriet afleveres medio 2016 og forventer indflytning af borgere primo august 2016.

8. Informationsmateriale om uhjemlet huslejeopkrævning

Udvalget behandlede på møde i november sag om "Tilbagebetaling af uhjemlet huslejeopkrævning på ventepladser". Udvalget besluttede, at der foruden annoncering i landsdækkende og lokale medier skal udsendes brev til relevante borgere. Som meddelt på udvalgsrådet i december udsendes brevet til alle borgere på plejebolig eller plejecenter, da alle borgere på ventepuds efterfølgende er flyttet i plejebolig eller plejecenter.

Brevudsending og annoncering sker efter jul. Begge er vedlagt (bilag).

9. Ansøgning om familieorienteret alkoholbehandling i 4-K projektet  
Lyngby-Taarbæk Kommune har sammen med Gentofte, Gladsaxe og Rudersdal Kommuner ansøgt om og fået bevilget midler til at deltage i det to-årige satspuljeprojekt "Familieorienteret alkoholbehandling". Der er ansøgt om og bevilget 2,6 mio. kr. for hele perioden.

Formålet med 4K-projektet er at styrke de fire kommuners indsats på

alkoholområdet. Med et samlet borgergrundlag på 251.000 er kapaciteten tilstrækkelig til at sikre en stærk organisering og forsyning og robuste tilbud, som med stor tilgængelighed kan tilbyde vore borgere en individuel tilpasset palet af ydelser i alkoholhandlingen.

Samarbejdet skal fordre innovation og sikre, at udfordringer og udviklingsperspektiver bliver mødt med et bredere udbud af kompetencer end den enkelte kommune kan stille til rådighed. Der er et stort potentiale i at dele udviklingsomkostninger og udnytte stordriftsfordele, hvilket kan kvalificere alkoholbehandlingen både hvad angår interne og eksterne behandlingstilbud. Der er tillige ydelser, som vurderes væsentlige i alkoholbehandlingen og i opsporing af borgere med alkoholproblemstillinger, som på baggrund af en behandlingsenhed med for lille kapacitet og et mindre befolkningsgrundlag, kun delvist eller slet ikke kan gennemføres.

Det tværkommunale netværk skal:

- Understøtte de eksisterende alkoholstrategier i de respektive kommuner
- Have særligt fokus på børn i familier med alkoholproblemer
- Sikre systematisk tidlig opsporing og højere kvalitet i behandlingen
- Skabe videndeling og kapacitetsopbygning

For at understøtte et højt niveau af information og koordination vil der lokalt i Lyngby-Taarbæk Kommune blive nedsat en projektgruppe med medarbejdere fra Center for Social Indsats, Center for Uddannelse og Pædagogik samt Center for Arbejdsmarked.

#### 10. Venteliste til plejeboliger

Oversigt over venteliste til plejeboliger blev forelagt Social- og Sundhedsudvalget på udvalgets møde den 3. december 2014. Oversigten omfattede antal ventende fra januar 2012 til november 2014. Oversigten er nu opdateret med tal fra 2010 og frem til og med december 2014 (bilag vedlagt).

#### 11. Gensidig information om afholdte møder eller arrangementer.

Social- og Sundhedsudvalget den 7. januar 2015

Taget til efterretning.

Søren P Rasmussen (V) var fraværende. I stedet deltog Henriette Breum (V).

#### Bilagsfortegnelse

1. Orientering til om hjerneskadeområdet
2. Ydelseskatalog hjerneskadeområdet
3. digital ansøgning personlige hjælpemidler
4. Notat socialt indeks
5. Ansøgningsskema - Task Force på handicapområdet

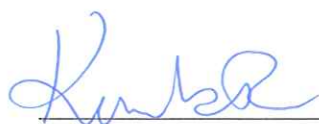
6. Opsamling fra møde med medarbejdere om demensindsats
7. Informationsbrev til beboere på plejehjem i Lyngby
8. Udkast 3 DGO huslejetilbagebetaling
9. Venteliste plejebolig 2012-2014

Underskriftsblad til

**Social- og sundhedsudvalgets protokol**

Onsdag den 7. Januar 2015

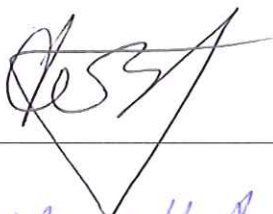
Bodil Kornbek



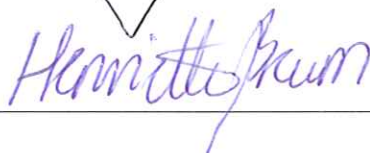
Dorthe la Cour



Henrik Brade Johansen



Henriette Breum



Mette Schmidt Olsen



Finn Riber Rasmussen



Curt Købsted





Første Skridt, gældsrådgivning  
Att: Leone Vedel Elgaard  
A.F. Beyers vej 5  
2720 Vanløse

Dato: 21-03-2014  
Ref: JEVE  
P.nr.:  
J.nr.: 25

### **Ansøgning om støtte til frivilligt socialt arbejde 2014**

Lyngby-Taarbæk Kommune har i 2014 i alt 915.000 kr. i puljen til støtte til frivilligt socialt arbejde – de såkaldte §18-midler. Kommunen har modtaget 59 ansøgninger til puljen om i alt 1,9 mio. kr. Det vil sige, at der er søgt om dobbelt så mange penge, som der er til fordeling. Det har derfor været nødvendigt at foretage en reduktion i de fleste ansøgninger for at tilgodese så mange af de gode aktiviteter som muligt.

Social- og Sundhedsudvalget fordelte den 12. marts 2014 den samlede pulje til støtte til frivilligt socialt arbejde.

Udvalget har godkendt alle ansøgninger om overførsel af midler fra regnskabsåret 2013 til 2014.

*Første Skridt, gældsrådgivning ansøgning blev imødekommet med 10.000 kr.*  
Beløbet vil snarest blive udbetalt til foreningens konto via cvr. nr.: 35180710.

I indstillingen til jeres ansøgning er der lagt vægt på, at det er et nyt lokalt tilbud med en bred samarbejdsflade, der er et supplement til kommunens sociale indsats. Det skal bemærkes, at udvalget ikke ønsker at yde støtte til IT-udstyr.

Social- og Sundhedsudvalget besluttede på samme møde at invitere til et dialogmøde om kriterierne for frivilligmidlerne i 2014. I vil snarest muligt få en invitation hertil.  
Bemærk at næste fordelingsrunde først bliver i 2015. Fristen vil blive meldt ud på Lyngby-Taarbæk Kommunes hjemmeside: [www.ltk.dk](http://www.ltk.dk).

Det er en betingelse for tilskuddet, at I udfylder kommunens regnskabsskabelon og indsender den, når kalenderåret er slut. Den hentes på [www.ltk.dk](http://www.ltk.dk) under menuen: "Økonomisk støtte til frivilligt socialt arbejde". Alternativt kan I hente den i Borgerservice på Toftebæksvej 12. **Regnskabsskabelonen skal være Center for Sundhed og Kultur i hænde senest den 16. januar 2015.**

Har I eventuelle spørgsmål, så kontakt frivilligkonsulent Jette Vestergaard, Center for Sundhed og Kultur, på telefon: 20 25 28 53 eller e-mail: [jeve@ltk.dk](mailto:jeve@ltk.dk).

Venlig hilsen

**Bodil Kornbek**  
Formand for Social- og Sundhedsudvalget

**Bilagsliste til klage af 6/10-14 vedr. støjgener m.m.  
fra Akuttilbuddet's boenhed  
Slotsvænget 23 A. 2800 Kgs. Lyngby**

**Bilag 1: Underskriftindsamling af 1/11-14 for Ejendommen  
Asylgade 9. A, B og C – 2800 Kgs. Lyngby**

**Bilag 2: Daterede støj- og adfærdsgener fra Akuttilbuddet's  
boenhed's beboere/personale, som er oplevet i perioden  
14/2 - 17/11-14 af:  
Seest Vikke/Messell Asylgade 9. B st. tv. 2800 Kgs. Lyngby**

**Bilag 1: Underskriftindsamling af 1/11-14 for ejendommen Asylgade 9. A, B og C- 2800 Kgs. Lyngby**

4/11-2014

# UNDERSKRIFTINDSAMLING

9.A-C

ASYLGADE 9. A, B OG C.

- 
- ER DU/I GENERET AF AKUTTILBUDETS BEBOERE (UD TIL VORES STUE/SOVEVÆRELSESSIDE) I FORM AF RÅBEN, SMÆKKEN- OG BANKEN MED DØRE, SAMT ANDEN UPASSENDE AKTIVITET PÅ ALLE TIDSPUNKTER AF DØGNET?
  - ER DETTE TILFÆLDET OG ØNSKER DU/I AT GØRE KOMMUNEN OPMÆRKSOM PÅ DETTE, SÅLEDES AT VI SAMMEN MED KOMMUNEN, KAN FINDE NOGLE FORNUFTIGE LØSNINGER, TIL GAVN FOR ALLE PARTER.?

MED VORE UNDERSKRIFTER PÅ VEDHÆFTET SEDDEL, VIL VI TAGER KONTAKT TIL KOMMUNEN OM ET MULIGT MØDE, SÅLEDES AT VI KAN STARTE EN DIALOG.

MED VENLIG HILSEN

ILSE OLE CAMILLA  
9.B I.TV. 9.B ST-TV. 9.B I.TK.


NB! SEDLERNE VIL BLIVE TAGET NED  
SENEST MANDAG D. 10/11-2014

UNDESKRIFTINDSAMLING

ASYLGADEN 9. A, B OG C.

VED MIN UNDESKRIFT BEKRÆFTER JEG AT VÆRE  
GENERET AF GENTAGEN STØJ M.V. AF BEBOERNE PÅ  
AKUTTILBUDET (UD TIL VORES STUE/SOVENVÆRELSES SIDE)

OPG. 9. A


NAVN:	ETAGE/SIDE	UNDESKRIFT:
Abu Ayyash	st/th	Abu Ayyash
Morten Nielsen	I. tv.	

UNDESKRIFTINDSAMLING

ASYLGADE 9. A, B OG C.

VED MIN UNDESKRIFT BEKRÆFTER JEG AT VÆRE  
 GENERET AF GENTAGEN STØJ M.V. AF BEBOERNE PÅ  
 AKUTTILBUDET (UD TIL VORES STUE/SOVEVÆRELSES SIDE)

OPG. 9. B

NAVN:	ETAGE/SIDE	UNDESKRIFT:
OLE SEEST VIKKE	ST. TV	Ole Seest Vikke
<del>Ble Nikolaj</del>	1. TV	<del>Ble Nikolaj</del>
Fred Djab	ST. TH	Fred Djab
Tina Messell	ST. T.V.	TINA MESSELL
CAMIKA STRANOGAARD	1. TH	

UNDEKSKRIFTINDSAMLING

ASYLGADDE 9. A, B OG C.

VED MIN UNDEKSKRIFT BEKRAEFTER JEG AT VÆRE  
GENERET AF GENTAGEN STØJ M.V. AF BEBOERNE PÅ  
AKUTTILBUDET (UD TIL VORES STUE/SOVEVÆRELSES SIDE)

OPG. ~~9. A~~ 9. C

Jimmi og

NAVN:	ETAGE/SIDE	UNDEKSKRIFT:
LEHR	1TV	Mattsson
Annika Nielsen	1TH	Annika Nielsen

**Bilag 2: Daterede støj-og adfærgener fra Akuttilbuddet's  
boenhed's beboere/personale, som er oplevet i perioden 14/2-17/11-14  
af: Seest Vikke/Messell Asylgade 9.B st.tv. 2800 Kgs. Lyngby**



17/11-14

**Fra 14/2-14 daterede og oplevede støj- og adfærdsgener fra Akuttilbuddet's boenhed's beboere/personale, som ex. er oplevet af Seest Vikke/Messell Asylgade 9.B st.tv. 2800 Kgs. Lyngby.**

### **Indledning.**

I klage til byplanudvalget af 27/10-14 er det nævnt at undertegnede bl.a. har haft kontakt til den daglige leder af Akuttilbuddet/boenheden, vedr. egne nedskrevne episoder fra 30/12-13, 21/1-14, 12/1, 15/1, 11/2, og nævnt herunder, 14/2, 15/2, 16/2, 18/2, 22/2, 24/2 25/2, 4/3, 5/3 samt 6/4, hvor lederen, som både beklagede og forstod vore trængsler, lovede at få sat opsætning af ringeklokkerne i gang, hurtigt..(det var ikke noget problem..). Han lovede også at få talt med kontaktpersonen for især beboer i nr. 28, samt tilrettevise dag-, aften- og nat personalet i forhold til både vinduesbanken og højsnakken på udeområdet op til vore lejemål. Yderligere ændring af vore udfordringer med boenhedsbeboerne, kunne han ikke ændre på.

Pt. er trængslerne med støj og adfærd fra brugernes side og fra personalets side i spec. Aften/nattetimerne til dato, stadig ikke stoppet. Vinduesbankeriet er fortsat ( ringeklokkerne altså ikke opsat, som lovet ) og særligt udsatte brugere går både til og fra deres boliger, højt råbende, også ad Schallsvej og vor bebyggelse i Asylgade.

Med denne optegnelse har undertegnede, sammen med vedlagte underskriftindsamling fra beboerne i Asylgade 9. A, B og C, ( november 2014 ), søgt at dokumentere, hvor, hvornår og hvordan, generne fra Akuttilbuddet's boenhed's beboere/personale, eksempelvis har ytret sig, for undertegnede.

- 14/2-14 kl. 08.16 Bolig nr. 28's beboer, udstøder høje råb og banker på Rude.  
08.31 Igen råben.  
08.39 Atter råben.
- Lør.15/2 kl. 07.57 Nr. 28's beboer råber både indefra sin lejlighed og udendørs samt smækker hårdt med hoveddør.  
08.23 Råben  
08.40 Råben igen.
- Søn. 16/2 kl. 06.26 Nr. 28's beboer råber på "Bjarne" (ingen søvn herefter)
- 18/2 05.01 Kraftig banken på vindue på boenheden af ukendt.
- Lør. 22/2 Hård banken på vindue på boenheden af ukendt.
- 24/2 06.06 Kvinde råber højt på "Preben" og banker på vindue.
- 25/2 06.49 Bankes der på vinduer og råbes (muligvis en ansat).
- 4/3 04.27 To ansatte drøfter aftale om Arthur højlydt.
- 5/3 06.20 Nr. 28's beboer råber i flere minutter: "Jeg kan ikke komme ind"  
08.08 Gentager det sig.
- Ca. 23.00 Banken på rude til nr. 30.
- 21/3 03.50 To stemmer taler udenfor boenheden, den ene en herrestemme. (antagelig ansatte).  
04.11 En kvinde råber noget om rotter hos en beboer.  
04.15 Kraftig banken på et vindue og en kort besked af en kvinde.
- Søn. 6/4 06+07 Banken på vinduer, snak, råben og talen i mobiltelefon.  
7/4 01.40 Hård banken på vindue.
- 28/4 07.50 Mandlig ansat taler højlydt med gartner udenfor boenheden.  
Forts.

**08.15 Fortsat snakken. Da jeg åbner vores altandør, skilles de kort efter.**

**30/4 00.44 Ansat snakker højt til beboer, ja, nærmest råber.**

**Lør. 3/5 05.38 Nr. 28's beboer banker voldsomt på vindue hos nr. 30 og råber flere gange på "Bjarne".**

**Søn. 18/5 06.40 Kvinde banker hårdt på vindue og dør til nr. 30 og råber: "Bjarne" højt 4-5 gange.  
07.30 Mandlig ansat råber til kollega.**

**Søn. 1/6 07.03 Ansat banker på vindue og råber højt.**

**Og flere andre gange end hertil beskrevet. Bl.a. en dag en trussel fra en beboer der højlydt ud af døren råbte: "Jeg har et barberblad og jeg skærer sgu' pulsåren over – det er ikke for sjovt, jeg gør det sgu'!"**

**5/6 03.08 Mand råber højt og vredt.**

**Og i en periode, opgav undertegnede at registrere..incl. 3 ugers ferie**

**7/8 07.57 Beboerråben.**

**Lør. 9/8 04.05 Kvindelig beboer råber og kaster ting ud af sin lejlighed gennem den åbne dør.**

**Søn. 10/8 02.14 Råben fra boenheden.**

**07.10 Nr. 28's beboer åbner døren og sparker til dåse og plastflaske, gentagne gange.**

**12/8 10.45 Nr. 28's beboer råber: "Er der nogen der har set mit stik og noget med 50 kr. og nogle smøger.**

**En time's tid fortsætter beboeren, før en ansat kommer til. Det hjælper nu ikke stort. Beboeren fortsætter nemlig endnu et stykke tid. Forts.**



- 14/8 ca. 20.30 -21.00 Nr. 28's beboer råber: "Jeg vil ikke leve mere"!
- 15/8 Boenhedens leder ringer undertegnede op og jeg opdaterer ham. Han er meget ulykkelig over vore problemer.
- 21/8 08.25 Nr. 28's beboer går amok over en tilrettevisning og råber og skriger og smækker med døren mange gange.
- Lør. 23/8 Nr. 28's beboer råber med stigende styrke og irritation: "Luk døren!", utallige gange, varende ca. 15 min. Hvorefter ansat kommer og får "læg på situationen".
- 28/8 01.58 Beboer råber højt til ansat, der svarer lige så højt igen.
- 29/8 ca.18.00 Mandlig beboer truer igen højlydt med at ville skære sin pulsåre over. Denne trussel gentages flere gange.
- Lør. 30/8 Fra ca. kl. 06.30 og til 07.30 og med 15 min.'s interval, banken på Vinduer, høj tale f.eks. "I bad?" og "Ja", samt døre der smækker.
- Søn. 7/9 03.45 Kraftig banken på vindue.  
06.20 Mand råber højt: "Kraftedeme"!
- 8/9 09.00 Råb, vredesudbrud, skældsord og dør der smækkes flere gange af nr. 28's beboer.
- 14/9 04.00 Og ca. 45 min. – Mandlig beboer råber højt flere gange på udearealet til en anden beboer, at hun bare kan komme ud til ham.  
05.50 Ovennævnte mand bander højlydt.
- 19/9 03.36 Nr. 28's beboer råber højt: "Røvhuller! – Hvem er det der har lukket min dør"? Efterfulgt af et hårdt smæk med døren.
- 19/9 03.40 Svag ordveksling mellem nr.28's beboer og mand, der så Råber: "Hvorfor fanden siger du så at du kommer"? - efterfulgt af et hårdt smæk med en dør.

Forts.

- 20/9 04.15 Kraftig banken på vindue, efterfulgt af skældsord.
- 21/9 04.45 Jamren fra nr. 28's beboer.  
06.05 Fløjten..  
06.30 Atter jamren fra nr. 28's beboer: "Jeg kan ikke holde det ud..I har taget det fra mig..!"
- 25/9 17.10 Råben fra boenheden..
- 26/9 04.55 Nr. 28's beboer råber vildt højt på morgenmad i ca. 5 min. med samme sætning: "Jeg vil ha´ morgenmad"!
- 10/10 02.50 2 perioder af banken på vindue..  
13.15 Nr. 28's beboer råber i ca. 30 min. samme sætning: "Kom så med det"! Efterfulgt af smækken med døren, hver gang.
- 13/10 06.52 Der råbes højt på Bjarne flere gange..
- 14/10 00.15 Der råbes på Allan flere gange..  
03.15 Forts. råben på Allan..  
08.56 Medarbejder banker flere gange på nr. 28's dør og råber flere flere gange: " Der er morgenmad"! (selvom nr.28's beboer, sikkert endelig sover efter nattens råberi. Pt. uden medarbejderindgriben).
- 16/10 Akuttilbuddet's boenhed's leder ringes op, men er på ferie.
- Søn.19/10 06.45 Vi har søgt tilflugt på en sovesofa i arbejdsværelse på modsatte side af lejligheden, for at få søvn, denne nat. Men nr.28's beboer's karakteristiske stemme, høres nu langsom nærme sig råbende op ad Asylgade: "Er der nogen der er søde at følge mig hjem"? Sætningen gentages hele vejen, også ned ad Schallsvej, til hendes bolig. Ca. 07.05 bliver der endelig ro.

Forts.

- Lør.25/10 04.42 Personale snakker på udearealet.
- 05.30 Fortsat snak mellem mandlig og kvindelig ansat.
- 05.55 En medarbejder snakker i mobiltelefon.
- 26/10 Vi prøver nu i en periode at sove på sovesofa i arbejdsværelse; men også her vækkes vi, af især nr. 28's beboer, når hun råbende, er på vej hjem om natten eller morgenen..

27/10 Telefonisk henvendelse til Akuttilbuddet's boenhed's leder uden held. Desuden skriftlig klage afleveret til Byplanudvalget i kommunen (velvilligt scannet ud til dets medlemmer af sekretariatet samme dag), og efterfølgende fulgt op på klagen via telefonisk henvendelse til Simon Pihl Sørensen (A) og senere Morten Normann (SF), som på undertegnedes indtrængende opfordring, sender klagen videre til Miljøforvaltningen og beder dem om at kvittere for modtagelsen.

Undertegnede er i øvrigt af den opfattelse, at det ikke *kun* er et byggeteknisk problem; men *også* og især er et spørgsmål om at de nuværende beboere i Akuttilbuddet's boenhed, er for syge til at bo så tæt på flere af Asylgade 9. A.B og C's beboere's stue-og soveværelser, hvorfor vi beder om at klagen evt. også tages op i Social- og Sundhedsudvalget.

7/11 I konsekvens af, at især støjforholdene, for os, ikke har ændret sig, har vi, indtil forholdene bedres betydeligt, været nødt til at lukke vores hidtidige soveværelse af, og indstille os på et længere soveværelsesophold i arbejdsværelse. Andre beboere må ty til ørepropper, mørklægningsgardiner og lgn. foranstaltninger.

10/11 Undertegnede kontakter telefonisk Morten Normann efter aftale, om svar fra Sidsel Poulsen / Plan og miljø. Han oplyser at Sidsel Poulsen har svaret ham at ”..en anden medarbejder end hende, vil svare undertegnede i løbet af uge 46 eller uge 47.”

17/11-14

Undertegnede har endnu ikke modtaget svar vedr. klagen,  
endsige kvittering for modtagelsen af denne.

Med venlig hilsen på vore vegne

Ole Seest Vikke / (Tina Messell)  
Asylgade 9.B st. tv.  
2800 Kgs. Lyngby  
Tlf. 23819353  
E-mail: [seestvikke@hotmail.com](mailto:seestvikke@hotmail.com)

*Ole Seest Vikke*

Lyngby Taarbæk Kommune  
Lyngby Torv  
2800 Kgs. Lyngby  
Att.: Byplanudvalget

DATO 6. oktober 2014  
SIDE 1/3

## Støjgener mm. fra Akuttilbuddet Slotsvænget 23A

Nærværende skrivelse er en klage over daglig/natlig støj og upassende adfærd fra beboerne samt personale på Akuttilbuddet Slotvænget 23A igennem ca. 1½ år. Klagen omhandler den nyrenoverede bygning, der grænser op til Asylgade 9A-C og for hvem generne er gældende.

### Forhistorie:

I juli 2010 søgte Teknisk Forvaltning om "planmæssig godkendelse og dispensation fra Lokalplan 199 for Bondebyen i Kgs. Lyngby, til ny opførelse og ombygning af plejeboliger" på Slotvænget 23A. Her ville bl.a. 40 plejeboliger i hovedbygningen blive ombygget til 20 tidssvarende plejeboliger og endvidere ville fællesarealerne blive ombygget og moderniseret.

Der var i ansøgningen angiveligt vedlagt "skitse-mæssige volumenstudier og skyggediagrammer." Det ansøgte ansås at være i overensstemmelse med Lokalplan 199. Naboer og Bondebylauget blev ved den lejlighed hørt inden afgørelsen via en svartalon.

Undertegnede er i skrivende stund ikke vidende om eventuelle indsigelser mod ovennævnte ombygning, der dengang blev indleveret inden afleveringsfristen den 16/8 2010. Jeg erindre dog ikke at have set nogen form for information om hvad ombygningen eventuelt kunne medføre af lyd- og synsmæssig gener for naboer til Akuttilbuddet.

Før ombygningen vendte facaderne væk fra Asylgade 9A-C, hvilket vil sige at der kun var beboervinduer i retning af Asylgade 9A-C. Desuden var der noget større friareal mellem de to bygninger. Akuttilbuddets daværende bygning vendte ud mod en hæk, der grænsede op til en ca. 2 m bred sti samt herefter yderligere en hæk og et tilhørende hegn, der grænsede op til en "Branvejsgræsplæne" (ca. 6 m i bredden) og så endelige vores kommunale ejendom i Asylgade 9A-C.

Dengang kunne vi beboere i Asylgade 9A-C godt af og til høre enkelte udbrud fra et åbent vindue på Akuttilbuddet og endvidere snak fra personale imellem på af-



ten- og nattevagterne. Men det er intet at regne imod, hvad vi særligt det sidste 1½ år har været udfordret med.

Efter ombygningen vender facaderne nu ud mod vores lejligheder i Asylgade 9A-C. Dels er hæk og sti blevet sløjfet og inddraget til friarealer på Akuttilbuddet, hvilket betyder at beboerne høres og ses endnu tydeligere. Desuden er arealet foran facaderne oplyst ved kraftig belysning, hvorved det ikke kun er i dagstimerne, at vi kan se og høre alt hvad der foregår på Akuttilbuddet. Særligt udsatte er vi med soveværelser vendt mod Akuttilbuddet, hvor støjgenerne er på alle døgnets timer og hvor der er nattevagter der kommer samt hvor lyset blænder ind af vinduerne.

#### **Aktuelle gener fra Akuttilbuddet:**

Det som vi nu i ca. 1½ år og fortsat er ufrivillige vidner til/udfordret af på alle tidspunkter af døgnet, hverdage, helligdage og weekender og ferier er:

- › Vækning på alle tider af natten ved støj og snak fra beboere fra Akuttilbuddet. I særdeleshed en kvinde fra lejl.28 og et par herrer fra lejl.29+30.
- › Bankning på vinduer og døre af vagtpersonale til beboernes lejligheder ved kontakt til beboerne. Det trådløse ringesystem fungerer tilsyneladende ikke.
- › Skældsord, angststudbrud, selvmordstrusler, verbale konflikter beboerne imellem og med personalet, døre der smækkes eller hele lejligheder der raseres osv. Alt sammen urimeligt højt og tydeligt samt sætninger der gentages igen og igen og igen og igen over meget lang tid.
- › Tilfælde af onanerende mandlige beboer på friarealet, som kan ses fra 1.sal i Asylgade 9A, hvor der også bor børn.
- › Lyset fra facaden blænder ind i vores stuer og soveværelser, hvorfor det er nødvendigt med mørklægningsgardiner for at kunne sove.

Vi har på en liste siden januar 2014 opskrevet dato, klokkeslæt, hændelser, som kan fremlægges om nødvendigt. (Ikke alle hændelser er noteret, da dette ville række for vidt).

I december 2013 tog vi kontakt til kontaktpersonen til nr. 28, derefter lederen, som sagtens forstår vores trængsler, så derefter centerchefen og arkitekten og nu til jer politikere, for ingen kan åbenbart løse problemet af de hidtil adspurgte.

Undertegnede har af centerchefen fået oplyst, at beboerne nævnt ovenfor, har private lejemaal og ikke bare kan opsiges eller flyttes mod deres vilje. Samtidig er de i sagens natur også selv udsatte/udfordret af deres sindslidelser.

I ejendommen på Asylgade 9A-C er vi både udarbejdende beboere, hjemmegående, ældre og børn. Flere af ejendommens beboere har enten skriftligt eller mundtligt givet udtryk for deres frustration over støjen eller andet. Senest ved opslag i opgangene.

I starten efter ombygningen af Akuttilbuddet blev de nye lyd- og synsmæssige udfordringer ikke påklaget grundet at lejlighederne var beboet af mindre støjende individer og fordi at det ikke er sjovt, at skulle klage over mennesker der ikke har det godt. Støjniveau og andre gener er desværre tiltaget og har inden for det sidste 1½ år udviklet sig til et niveau som ikke længere er acceptabelt.

#### Løsningsforslag:

- › Udgangene ud mod Asylgade 9A-C sløjfes og nye etableres på den anden side af bygningen.
- › Alternativt at de eksisterende beboere flyttes til andre lejemål på Akuttilbuddet og udskiftes med langt mindre støjende og grænseoverskridende beboere.
- › Ringeklokker etableres på lejemålene, således at personalet og beboerne ikke skal banke på døre og vinduerne ind til beboere på alle tidspunkter af døgnet.
- › Vagtstuen for personalet etables tættere på beboerne og således at snak og andets støj ikke foregår uden for vinduerne til Asylgade 9A-C om natten.
- › Lyset på facaderne dæmpes eller slukkes helt efter kl.22. Alternativt etables en belysning mindre kraftig og tættere på jorden, så den ikke skinner direkte ind i soveværelser og stuer på Asylgade 9A-C.

I håb om en snarlig løsning og med venlig hilsen

På vegne af egne samt flere beboers vegne

Ole Seest Vikke  
Asylgade 9B, st. tv.  
2800 Kongens Lyngby  
Tlf. 23819353  
E-mail.: [seestvikke@hotmail.com](mailto:seestvikke@hotmail.com)

LYNGBY-TAARBÆK KOMMUNE

# SOCIALPSYKIATRISK BOTILBUD SLOTSVÆNGET - LYD

NOTAT

ADRESSE COWI A/S  
Parallelvej 2  
2800 Kongens Lyngby

TLF +45 56 40 00 00

FAX +45 56 40 99 99

WWW cowi.dk

## INDHOLD

1	Indledning	1
2	Besigtigelse	1
3	Støjgrænser	3
4	Støjdæmpende foranstaltninger	3

### 1 Indledning

Der er fremkommet klager fra beboere i ejendommen Asylgade 9A-9C over generende støj og tale fra beboerne på Slotsvænget. I den forbindelse har COWI besigtiget området og vurderet mulighederne og effekten af støjreducerende foranstaltninger.

### 2 Besigtigelse

Ejendommen Botilbud Slotsvænget er en 3 fløjet bygning i en etage, placering jf. bilag 1. Længen mod øst mod Asylgade 9A-9C indeholder 6 lejligheder, som har indgang fra østsiden. Flere har indrettet sig med borde og stole på flisearealet ved indgangspartierne. Der er desuden en græsplæne med mulighed for ophold, jf. fotos figur 1.

PROJEKTNR. A028443-007  
DOKUMENTNR. 1  
VERSION 1.0  
UDGIVELSESDATO 28.10.2014  
UDARBEJDET JVM  
KONTROLLERET CLF  
GODKENDT JVM





*Figur 1 Fotos fra Slotsvænget mod Asylgade 9A-9C*

Ejendommen Asylgade 9A-9C er en boligblok i 2 etager med vinduer og franske altaner mod vest mod Slotsvænget. Der er 12 lejligheder. Der er en græsplæne med mulighed for ophold mod vest, jf. figur 1 og 2.

Terrænet ved ejendommen Asylgade 9A-9C ligger 1-1,5 m højere end ved Slotsvænget.



*Figur 2 Fotos langs ejendommen Asylgade 9A-9C. Slotsvænget til venstre.*

Der forekom ingen støjende adfærd under besigtigelsen. Syd for de to ejendomme ligger en daginstitution, hvorfra der kunne høres barnestemmer.

Den primære støj, som eventuelt kan genere naboer, vil være musik og tale fra aktiviteter indendørs eller udendørs.

### 3 Støjgrænser

Der findes ikke støjgrænser for støjende aktiviteter fra private ejendomme. I den sammenhæng betragtes bofællesskaber som private. Såfremt naboer føler sig generede kan der rettes henvendelse til politiet.

Med hensyn til daginstitutioner, skoler mv reguleres disse efter §42 i Miljøbeskyttelsesloven. Kommunen kan vurdere om "der er støj ud over det sædvanlige" og kan – hvis det er tilfældet – påbyde institutionen at få lavet støjdæmpende foranstaltninger fx støjmur eller lægge flis i stedet for fliser. Det er ikke relevant at lave støjmålinger, da støj fra børns leg ikke kan reproducere. Formuleringen "støj ud over det sædvanlige" giver mulighed for fortolkninger. Se i øvrigt Miljøstyrelsens vejledning nr. 3/2003 kap 5.1.

### 4 Støjdæmpende foranstaltninger

Vi er ikke bekendt med, hvor de støjende aktiviteter stammer fra hos Botilbud Slotsvænget. Det kan være høj musik fra boligen gennem åbenstående døre og vinduer eller støjende adfærd udendørs.

Ved høj musik indendørs kan der henstilles, at dette kun foregår med lukkede vinduer og døre.

Udendørs støjende aktiviteter hos Botilbud Slotsvænget kan dæmpes med en støjskærm placeret i skel mellem de to ejendomme, jf bilag 1. Dette vil reducere støjen på de udendørs arealer og for den nederste etage af boligblokken Asylgade 9A-9C. De øverste lejligheder vil dog ikke opleve nogen reduktion af støjen, medmindre der etableres en høj støjskærm. Normal højde ved placering i skel er 2 m over terræn. En højere skærm vil kræve nabosamtykke.

Overslagsberegninger viser, at en 2 m afskærmning i skel vil medføre en dæmpning af støjen på Asylgades opholdsareal med 7-8 dB lige bag skærmen, ud for vinduer i stueetagen på 4-5 dB og ud for vinduer på 1.sal på 0 dB. Tilsvarende vil en 3 m skærm i skel medføre en dæmpning af støjen på opholdsarealet på mere end 10 dB lige bag skærmen, ud for vinduer i stueetagen på 9-10 dB og ud for vinduer på 1.sal på ca. 3 dB. Der kan være lidt variation i, hvor meget skærmen støj-dæmper, afhængig af hvor støjen genereres.

En afskærmning placeret i skel vil således medføre at støjen reduceres hørbart på opholdsarealet og ud for vinduer i stueetagen. Der vil være begrænset effekt ud for vinduer på 1.sal.

Såfremt beboerne i Asylgade primært er generet af støj indendørs, kan denne støj reduceres ved at vinduerne ændres til bedre støjreducerende typer. Specielt lyd-

### Punkt nr. 3 - Støjafskærmning mellem Slotsvænget og Asylgade

#### Bilag 2 - Side -4 af 5

4/5 <sup>cowi</sup> SOCIALPSYKIATRISK BOTILBUD SLOTSVÆNGET - LYD

ducerende vinduer vil medføre, at den indendørs støj kan reduceres 5-7 dB afhængig af hvilke vinduer der vælges.



BILAG 1 Oversigtsplan



# Analyse af weekendbesøg i Sundheds- tjenesten (SU5)

## Effektiviseringsanalyse

### Indhold

1	Baggrund og formål .....	2
2	Omfang og afgrænsning .....	2
3	Analyse .....	2
3.1	Udviklingen i antallet af genindlæggelser .....	2
3.2	Familiernes oplevelser af det tidlige hjemmebesøg .....	3
3.3	Sundhedsplejerskernes oplevelser af det tidlige hjemmebesøg .....	3
3.4	Beregning af de økonomiske udgifter til tidlige hjemmebesøg .....	4
4	Opsamling .....	4
4.1	Effektiviseringspotentiale .....	4



## 1 Baggrund og formål

Sundhedsstyrelsen reviderede d. 1. oktober 2013 sine "Anbefalinger for Svangreomsorgen". Ifølge de opdaterede anbefalinger bør den kommunale sundhedstjeneste allerede tilbyde et tidligt hjemmebesøg (barselsbesøg) på 4.-5.-dagen efter fødslen, hvis familien er blevet udskrevet inden for 3 døgn efter fødslen og efter hjemmefødsler.

Formålet med det tidligere hjemmebesøg er at føre tilsyn med barnets trivsel og dermed indgå genindlæggelser pga. fx væskemangel, ernæringsproblemer, gulsot eller brystbetændelse hos moderen. Ifølge Sundhedsstyrelsens tal er antallet af nyfødte, der genindlægges med diagnosen "dårlig trivsel" eller "fejlnæring og spiseproblemer" steget markant fra 2007 til 2011, og denne stigning var en del af grundlaget for de reviderede anbefalinger.

I praksis betyder de ændrede anbefalinger, at der som noget nyt skal være et tilbud om besøg på lørdage og nogle søn- og helligdage. Sundhedstjenesten i Lyngby-Taarbæk Kommune fik på den baggrund tildelt 0.1 mio. kr. årligt til at udvide sin service.

Nedenfor præsenteres en analyse af, hvorvidt den udvidede indsats står mål med effekten.

## 2 Omfang og afgrænsning

Analysen nedenfor omhandler:

- Udviklingen i antallet af genindlæggelser
- Familiernes efterspørgsel på og oplevelser af det tidlige hjemmebesøg
- Sundhedsplejerskernes oplevelser af det tidlige hjemmebesøg
- Beregning af de økonomiske udgifter ved tidligt hjemmebesøg

Den udvidede service trådte i kraft 1. januar 2014. De data, som analysen baserer sig på, stammer fra perioden fra 1. januar 2014 til 1. september 2014.

I det følgende er barselsperioden defineret som perioden fra fødslen og en uge frem.

## 3 Analyse

### 3.1 Udviklingen i antallet af genindlæggelser

Nedenfor fremgår det, hvor mange børn i aldersgruppen 0-1 måned, der er blevet genindlagt i de første 6 måneder, ordningen har fungeret, sammenlignet med samme periode de to foregående år, hvor der blev givet barselsbesøg på 3.-5.-dagen.

- I 2012 blev 8 % genindlagt
- I 2013 blev 7,9 % genindlagt
- I 2014 blev 5,8 % genindlagt

Tallene fra 2012 til 2014 viser, at aktiviteten svinger lidt fra år til år. Ved en yderligere gennemgang af genindlæggelsesgrunde, viser det sig, at de fleste genindlæggelser sker efter

barselsperioden og mellem 10 dage og 1 mdr. Samme mønster gjorde sig gældende for opgørelsen i 2013.

De spædbørn, der blev indlagt i barselsperioden, har haft behandlingskrævende gulsot, og der har derfor været lægelig indikation.

De genindlæggelser, der sker efter barselsperioden, sker hovedsagelig også grundet sygdom eller indikation for lægelig behandling.

En ganske lille del af genindlæggelserne sker også ved fortsat dårlig trivsel, trods et eller flere sundhedsplejerskebesøg, henvisning til læge og derefter indlæggelser. Nogle ambulante kontroller på barselgangen er dog registreret som en indlæggelse, hvilket giver en usikkerhed i opgørelsen.

Den overordnede konklusion er dog, at genindlæggelserne som oftest skyldes indikation for lægelig behandling, hvilket ikke kan forebygges ved tidlige barselsbesøg. Der er derfor heller ikke sundhedsfaglige belæg for, at genindlæggelser kan forebygges ved at Sundhedstjenestens barselsbesøg ligger på 4.-5.-dagen frem for på 4.-6.-dagen.

### 3.2 Familiernes oplevelser af det tidlige hjemmebesøg

Familierne, der har modtaget det tidlige hjemmebesøg, giver udtryk for:

- at de er glade for at få den tidlige og hurtige kontakt til sundhedsplejersken, idet det giver tryghed. Denne tilbagemelding er dog ikke anderledes, end da besøget blev aflagt på 4.-6.-dagen.
- at de føler sig taget ved hånden, og at det giver kontinuitet og sikkerhed fra sygehuset til hjemmet
- at de mener, at det tidlige barselsbesøg er en god service

En række familier har takket nej til det tidlige barselsbesøg. Dette skyldes som regel, at de har haft jordmoderbesøg, at de føler sig trygge nok ved den nye familiesituation, at tidspunktet passer ikke ind i familiens plan, at de har besøg af familiemedlemmer osv. Disse familier udtrykker, at de er glade for telefonsamtalen, hvor de kan få spurgt ind til det, som de kan være i tvivl om, og at det giver tryghed og let adgang at vide, hvem de skal kontakte.

### 3.3 Sundhedsplejerskernes oplevelser af det tidlige hjemmebesøg

*Sundhedsplejerskerne oplever:*

- At den tidlige støtte omkring amningen gør, at sundhedsplejersken kommer på for-kant, hvor amningen etableres og dermed kan redde nogle amninger og dehydreringer hos spædbørnene. Dette kan dog opnås med afholdelse af tidlige barselsbesøg på 4.-6.-dagen.

- At en tidlig fast procedure om telefonisk kontakt/vejledning på 3-dagen har kunnet forebygge forhold, hvor barnet kan blive sløvt og dermed spise mindre med risiko for dehydrering.

### 3.4 Beregning af de økonomiske udgifter til tidlige hjemmebesøg

Der er blevet aflagt tidlige hjemmebesøg på 14 af periodens 33 lørdage. På de 14 lørdage, er der aflagt i alt 22 besøg, da der på nogle lørdage har været mere end et besøg.

Der er derudover blevet aflagt tidlige hjemmebesøg på 2 af periodens 3 helligdage. På de to helligdage, er der aflagt i alt 4 besøg.

Inkl. rådighedstillæg og lørdags-/helligdagsbetaling beløber den samlede udgift til lørdags- og helligdagsbesøg i perioden sig til 33.820 kr. Hvis der antages samme aktivitet i resten af 2014, udgør den årlige udgift 50.730 kr., men idet området blev tilført 0,1 mio. kr. ved indførelse af ordningen, medfører en omlægning af det tidlige hjemmebesøg til 4.-6.-dagen en effektiviseringsgevinst på 0,1 mio. kr.

Det skal bemærkes, at ordningen med besøg på 4.-6.-dagen vil betyde, at langt de fleste hjemmebesøg kan tilbydes på hverdage. Der hvor flere lørdage og søn-/helligdage ligger sammen (fx jul og påske), anbefales det at have et vagtberedskab, så tilbuddet om tidlige besøg på 4.-6.-dagen kan overholdes. Udgifterne til dette beredskab afholdes som hidtil inden for den eksisterende økonomiske ramme.

## 4 Opsamling

Overordnet set fungerer ordningen med det tidlige barselsbesøg godt, men der er ikke sundhedsfaglige belæg for, at samme effekt ikke kunne opnås ved at gå tilbage til at afholde besøgene på 4.-6.-dagen.

### 4.1 Effektiviseringspotentiale

### **Økonomi og personalemæssige konsekvenser**

Økonomiske konsekvenser, 1.000 kr.	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Besparelse - løn	-100	-100	-100	-100
Besparelse - øvrig drift				
Investeringsomkostninger				
Indtægter				
<b>I alt</b>	<b>-100</b>	<b>-100</b>	<b>-100</b>	<b>-100</b>

Personalemæssige konsekvenser årsværk

Gennemsnitsløn pr. år (1.000 kr.) *[årsløn]*

Beløbene er i 2014-niveau (-=budgetreduktion og reduktion i personale/+ =budgetforøgelse og øget personale)

FOREBYGGELSESPAKKE  
**HYGIEJNE**



#### FOREBYGGELSESPAKKE – HYGIEJNE

© Sundhedsstyrelsen, 2012. Udgivelsen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen  
Axel Heides Gade 1  
2300 København S  
www.sst.dk

#### PROJEKTGRUPPE:

Barbara Hjalsted, overlæge, Sundhedsstyrelsen  
(Projektleder)

Mia Fischerman, afdelingslæge, Sundhedsstyrelsen  
Katrine Finke, akademisk medarbejder, Sundhedsstyrelsen  
Niels Sandø, specialkonsulent, Sundhedsstyrelsen

#### MANUSKRIFT OG FAGLIG REDAKTION:

Asja Kunøe, assisterende læge, Sundhedsstyrelsen  
Annette Poulsen, sundhedsplejerske, Sundhedsstyrelsen  
Tove Rønne, overlæge, Sundhedsstyrelsen

#### REDAKTIONEL BEARBEJDNING

##### OG GENNEMSKRIVNING:

Lene Halmø Terkelsen, journalist

#### TAK FOR BIDRAG FRA:

Elsebeth Tvenstrup Jensen, overlæge, Statens Serum Institut  
Jette Holt, hygiejnesygeplejerske, Statens Serum Institut  
Mette Bill Ladegaard, Sundhedschef, Nyborg Kommune  
Inge Nandrup-Bus, hygiejnesygeplejerske, Fredensborg Kommune  
Hans Jørn Kolmos, professor, overlæge, Odense Universitetshospital

Anne Grete Claudi Jensen, embedslæge, Sundhedsstyrelsen.  
Birgitte Pedersen, hygiejnesygeplejerske, Region Nordjylland  
Dorthe Mogensen, hygiejnesygeplejerske, Herlev Hospital.  
Anni Juhl-Jørgensen, hygiejnesygeplejerske, Hillerød Hospital  
Birgitte Sachmann, hygiejnesygeplejerske, Fredericia Kommune  
Bente Bloch, hygiejnesygeplejerske, Sygehus Sønderjylland

**EMNEORD:** Hygiejne, infektionshygiejne, hygiejneorganisation, hygiejnepolitik, koordinationsudvalg, hygiejnekoordinator, håndhygiejne, smitsomme sygdomme, forebyggelse, sundhedsfremme, kommune, evidens, sundhedsprofiler, sundhedsøkonomi, social ulighed, planlægning

**SPROG:** Dansk

**KATEGORI:** Faglig rådgivning

**VERSION:** 1.0

**VERSIONSDATO:** 22. november 2012

**ISBN – TRYKT UDGAVE:** 978-87-7104-434-8

**ELEKTRONISK ISBN:** 978-87-7104-433-1

**DESIGN & LAYOUT:** Bysted A/S

**TRYKT OPLAG:** 4.000

**TRYK:** Arco

# INDHOLDSFORTEGNELSE

---

---

## FAKTA 4

---

FOREKOMST	5
BRUG AF SUNDHEDSVÆSENET SOM MULIG FØLGE AF MANGELFULD HYGIEJNE	6
TAL PÅ SUNDHED I KOMMUNEN	7
KOMMUNALE OMKOSTNINGER FORBUNDET MED MANGELFULD HYGIEJNE	8
LOVGIVNING PÅ OMRÅDET	9
EVIDENS OG VIDENSGRUNDLAG	10
KOMMUNERNES ERFARINGER OG MULIGHEDER FOR EN STYRKET INDSATS	12

---

## ANBEFALINGER 14

---

RAMMER	14
AKUT BEREDSKAB	18
LØBENDE OPGAVER	18
INFORMATION OG UNDERVISNING	21

---

## IMPLEMENTERING OG OPFØLGNING 22

---

KOMPETENCER	22
SAMARBEJDE OG PARTNERSKABER	23
MONITORERING OG INDIKATORER	24

---

## LITTERATUR OG HENVISNINGER 26

---

## FAKTA

---

Formålet med forebyggelsespakken på hygiejneområdet er at understøtte kommunens hygiejneindsats, herunder samarbejdet på tværs af kommunale forvaltninger samt med sygehuse og praktiserende læger. Herudover at bidrage til en ledelsesmæssig forankring af hygiejnearbejdet.

Mangelfuld hygiejne bidrager til udbredelsen af smitsomme sygdomme. Spredningen af smitsomme sygdomme kan være en stor belastning for den enkelte borger og rammer også samfundet i form af sygefravær og tabt arbejdsevne.

Øget forekomst af resistente mikroorganismer og flere børn pr. stue/klasse end tidligere er eksempler på, at det er nødvendigt med en styrket hygiejneindsats<sup>1</sup>.

Ligeledes er der et stort forebyggelsespotentiale i at undgå smittespredning generelt i befolkningen. For særligt sårbare borgere kan smittespredning og infektionssygdomme have alvorlige konsekvenser.

Pakken omfatter ikke køkkenhygiejne, fødevarebårne og vandbårne sygdomme samt hygiejneindsatser forbundet med katastrofer, herunder oversvømmelser.

### Anvendte definitioner, begreber, synonymer og forkortelser

- Hygiejne beskriver en renhedstilstand, og begrebet hygiejne signalerer fremme af renhed, forebyggelse af sygdom og forurening samt hindring af smitteoverførsel.
- Håndhygiejne betyder håndvask med vand og sæbe eller hånddesinfektion med håndsprit samt korrekt anvendelse af handsker.
- Ved hoste-etikette forstås tildækning af mund og næse ved host og nys, samt at bruge engangslommetørklæder, eller til nød ærmet, i stedet for hånden.
- Værnemidler er udstyr, der bæres af sundhedspersonale, og som har til formål at beskytte sundhedspersonalet imod smitte med mikroorganismer og forhindre sundhedspersonalet i at videregive smitte.
- Ved audit forstås en metode til kvalitetsvurdering i sundhedsvæsenet, hvor kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser vurderes på grundlag af konkrete patientforløb.
- Hygiejnekoordinator er det samme som en nøgleperson eller kontaktperson.
- MRSA er en forkortelse for Methicillinresistente Staphylococcus aureus. Infektion med bakterien MRSA kan medføre alvorlig sygdom hos især i forvejen syge og svagelige personer. Da bakterien er resistent, kan sådanne infektioner være vanskelige at behandle.
- Ved resistent forstås modstandsdygtighed. Når en stafylokok er fundet resistent over for methicillin, betyder det således, at den er modstandsdygtig over for penicillin samt de fleste andre stafylokokantibiotika.
- IHE = Infektionshygiejnisk Enhed.



---

## FOREKOMST

---

- Infektionssygdomme er årsag til stor sygdomsforekomst i alle aldre og er en af de hyppigste årsager til akut sygdom hos børn.
- En epidemi med sæsoninfluenza skønnes at kunne ramme op til en femtedel af den danske befolkning med øget dødelighed til følge.
- Overdødeligheden på grund af sæsoninfluenza forekommer overvejende hos borgere over 65 år. Særligt borgere med kronisk lungesygdom, hjerte-kar-sygdom og/eller diabetes er i højrisikogruppe<sup>2</sup>.
- 1.000 - 2.000 danskere dør hvert år af følgevirkninger til influenza under en influenza-sæson<sup>3</sup>.
- Hos børn i alderen 0-15 år er infektioner, som fx forkølelse, influenza og mellemørebetændelse, den hyppigste årsag til akut sygdom (13 procent). Mave-tarm-infektion er den næsthypigste årsag til akut sygdom<sup>4,5</sup>.
- Der er en social ulighed i forekomsten af smitsomme sygdomme, hvor børn af mindre velstillede/kortuddannede forældre har flere sygdomsepisoder end børn af mere velstillede forældre<sup>5</sup>.
- I de seneste år er set en øget spredning af Methicillinresistente Staphylococcus aureus (MRSA) primært udenfor hospitalerne med lokale udbrud på plejehjem og andre institutioner<sup>6,7</sup>.
- Smitsomme sygdomme og infektioner kan være hyppige og alvorlige hos borgere, der er særligt sårbare, fx borgere med nedsat immunforsvar, børn, gravide, ældre, hjemløse, misbrugere og borgere med visse kroniske sygdomme<sup>8,9,10,7</sup>. Borgere med permanent anlagte katetre er også særligt udsatte for infektion<sup>11,12</sup>.

---

## BRUG AF SUNDHEDSVÆSENET SOM MULIG FØLGE AF MANGELFULD HYGIEJNE

---

- Af danske børn (0-15 år), der har været akut syge indenfor de seneste 14 dage, blev 14 procent af dem hjemme fra skole eller daginstitution, fem procent af dem besøgte eller havde kontakt med læge, og knap en halv procent af dem blev indlagt på hospital<sup>5</sup>.
- Socialt udsatte (fx hjemløse eller misbrugere) har en markant overhyppighed af indlæggelser ift. den generelle befolkning, også hvad angår infektionssygdomme. Socialt udsatte mænd indlægges seks gange så hyppigt med infektionssygdom end mænd i øvrigt, og tilsvarende er overhyppigheden over 12 for socialt udsatte kvinder. Overhyppigheden gælder også for ambulante besøg, hvor infektionssygdom er primær årsag til henvendelse for begge køn<sup>8</sup>.

---

## TAL PÅ SUNDHED I KOMMUNEN

---

I en gennemsnitskommune med 50.000 indbyggere estimeres det, at:

- **DER PÅ EN TILFÆLDIG DAG VIL VÆRE 1.100 PERSONER, SOM HAR AKUT INFEKTION MED DIARRE OG/ELLER OPKASTNING**<sup>13</sup>
- **DER VIL FOREKOMME 70.000 TILFÆLDE AF INFEKTION MED DIARRE OG/ELLER OPKASTNING OM ÅRET**<sup>13</sup>
- **BØRN UNDER FEM ÅR HAR CA. 7.000 TILFÆLDE AF INFEKTION MED DIARRE OG/ELLER OPKASTNING ÅRLIGT, SOM MEDFØRER 40 HOSPITALSINDLÆG- GELSER**<sup>14</sup>

Tilsvarende estimater på baggrund af udenlandske undersøgelser indikerer, at:

- **BLANDT HJEMMEBOENDE ÆLDRE OVER 60 ÅR VIL DER ÅRLIGT VÆRE CA. 12.000 ØVRE LUFTVEJSINFEKTIONER, FX FORKØLELSE, SOM MEDFØRER 180.000 SYGEDAGE HOS DE ÆLDRE, MERE END 4.000 LÆGEBESØG, OG FLERE END 4.000 AF DE ÆLDRE KAN HAVE BEHOV FOR ASSISTANCE TIL VASK, INDKØB OG MADLAVNING**<sup>15</sup>
- **PÅ EN GIVEN DAG VIL I ALT 14-32 BORGERE BOSAT PÅ PLEJECENTRE HAVE EN INFEKTION, HYPPIGST EN URINVEJSINFEKTION**<sup>16, 17, 18</sup>
- **ØVRE LUFTVEJSINFEKTIONER HOS VOKSNE, FX FORKØLELSE, MEDFØRER CA. 29.000 TABTE ARBEJDS-DAGE PR. ÅR**<sup>19</sup>

---

## KOMMUNALE OMKOSTNINGER FORBUNDET MED MANGELFULD HYGIEJNE

---

Det er vanskeligt at estimere, hvad mangelfuld håndhygiejne har af samfundsøkonomiske konsekvenser. Det er dog skønnet, at korrekt håndhygiejne i daginstitutionerne kan spare samfundet for et trecifret millionbeløb<sup>20</sup>.

### Sygefravær på grund af infektioner

- Små børns infektioner er påvist som årsag til ca. 40 procent af forældres fravær fra arbejde<sup>21</sup>.
- Hver forkølelisesepisode resulterer i gennemsnitligt 8,7 tabte arbejdstimer, både pga. egentligt sygefravær, nedsat ydeevne på arbejdet og pasning af syge børn<sup>22</sup>.
- Amerikanske tal oversat til danske forhold svarer til ca. 3,3 millioner tabte arbejdsdage pr. år pga. øvre luftvejsinfektioner hos voksne<sup>19</sup>.
- Ved et mindre håndhygiejne-interventionsprojekt blandt danske skolebørn sparede hver elev i interventionsperioden på tre måneder samfundet for 1.323 kr. på grund af færre sygedage<sup>23</sup>.

---

## LOVGIVNING PÅ OMRÅDET

---

### Bekæmpelse af smitsomme sygdomme:

- Epidemiloven § 26 (LBK nr. 814 af 27. august 2009): Sundhedsstyrelsen kan fastsætte regler om lægers og andre autoriserede sundhedspersoners medvirken i bekæmpelse af smitsomme og andre overførbare sygdomme. [www.retsinformation.dk](http://www.retsinformation.dk)
- "Forebyggelse af spredning af MRSA. Vejledning", Sundhedsstyrelsen, 2012. [www.sst.dk](http://www.sst.dk)
- "Vejledning om arbejdsdragt inden for sundheds- og plejesektoren", Sundhedsstyrelsen, 2011. [www.sst.dk](http://www.sst.dk)
- "Smitsomme sygdomme hos børn og unge, Vejledning om forebyggelse i daginstitutioner, skoler m.v.", Sundhedsstyrelsen 2011. [www.sst.dk](http://www.sst.dk)
- "Vejledning om forebyggelse mod viral hepatitis", Sundhedsstyrelsen, 2002 (under revision). [www.sst.dk](http://www.sst.dk)
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeri. "Fælles antibiotika- og resistenshandlingsplan". 26. maj 2010. Om hygiejne I kommunerne § 17 og § 20. [www.sum.dk](http://www.sum.dk)

### Samarbejde mellem regioner og kommuner:

- "Regionernes forebyggelsesopgaver – en vejledning til sundhedslovens § 119, stk 3", Sundhedsstyrelsen 2009. Kapitel seks: Regionernes rådgivning til kommunerne, Rådgivning om hygiejne side 35-36. [www.sst.dk](http://www.sst.dk)

### Skoler og dagtilbud:

- BEK nr. 1344 af 03/12/2010 Bekendtgørelse om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge, kapitel 5, § 17, Kommunalbestyrelsen skal tilbyde bistand fra den kommunale sundhedstjeneste herunder oplysning om hygiejne. [www.retsinformation.dk](http://www.retsinformation.dk)
- Bekendtgørelse om forholdsregler mod smitsomme sygdomme i skoler og daginstitutioner for børn og unge, BEK nr. 1515 af 13/12/2007
- "Vejledning om hygiejneregler for køkkener i børneinstitutioner", VEJ nr. 10158 af 15/01/2009, Fødevareministeriet. [www.retsinformation.dk](http://www.retsinformation.dk)

### Plejeboliger, plejeboligbebyggelse og tilsvarende boenheder:

- "Vejledning om tilsyn med plejeboliger, plejeboligbebyggelse og tilsvarende boenheder" nr. 10334 af 12. december 2007. [www.retsinformation.dk](http://www.retsinformation.dk)

---

## EVIDENS OG VIDENSGRUNDLAG

---

Der er god videnskabelig dokumentation for effektive indsatser på hygiejneområdet. Effekten øges, når flere indsatser supplerer hinanden, og indsatsen sker på tværs af sektorer og i kommunale netværk. Fokus på organisering, struktur og kompetencer er motiverende for det tværsektorielle samarbejde om hygiejne<sup>24</sup>. Dette understøttes af WHO, der i deres anbefalinger desuden lægger vægt på strategi og mål for hygiejneindsatsen lokalt<sup>25</sup>.

Evidensen er opdelt på områderne håndhygiejne, pleje af syge og svækkede, syge- og raskmelding, hoste-etikette, rengøring og udluftning samt anvendelse af arbejdsdragt. Dokumentation for håndtering af akutte udbrud (epidemier) er ikke medtaget her.

### Håndhygiejne:

- Korrekt udførelse af håndhygiejne kan forebygge kontaktsmitte til personen selv eller til andre<sup>26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33</sup>.
- Et dansk projekt med fokuseret håndhygiejneindsats i daginstitutioner har vist et fald i sygeligheden blandt børnene på 34 procent<sup>34</sup>.
- I 10 finske interventions-børneinstitutioner med intervention over for 785 børn, opnåede man i alt en reduktion i forældrefravær pga. barns sygdom svarende til 2,5 årsværk i løbet af et år<sup>35</sup>.
- Et dansk håndhygiejne-interventionsprojekt blandt 5-15-årige skolebørn har vist en gennemsnitlig reduktion i sygefraværsdage på 0,70 dage i løbet af en tre måneders periode, svarende til 2,8 dage/år per barn<sup>23</sup>. Resultaterne svarede til, at fraværet blandt børnene på interventionskolen kun var 69 procent af fraværet på kontrolskolen.
- En stor engelsk gennemgang af flere studier har vist, at håndvask i institutioner reducerer episoder med diarre med 30 procent<sup>36</sup>.
- Et håndhygiejne-interventionsprojekt på en almindelig (administrativ) arbejdsplads har påvist signifikant fald i sygedage pga. forkølelse fra 2,78 til 2,0 sygedag pr. person pr. år<sup>37</sup>.
- Smittespredning af Methicillinresistente stafylokokbakterier (MRSA) udenfor hospitalerne har med dokumenteret effekt kunnet minimeres ved bl.a. korrekt håndhygiejne<sup>29, 38</sup>.

### Pleje af syge og svækkede:

- Undersøgelser viser, at borgere/patienter med nedsat modstandskraft undgår smitte ved, at de generelle infektionshygiejniske retningslinjer (Statens Serum Institut [www.ssi.dk](http://www.ssi.dk)) håndhæves i kombination med gode fysiske rammer og veltilrettelagte arbejds gange<sup>39, 40</sup>.

**Syge- og raskmelding:**

- Sygemelding ved smitsom sygdom mindsker kontakten til andre, og smittespredning forebygges<sup>9, 41, 42</sup>.

**Hoste-etikette:**

- Hoste-etikette forebygger smittespredning ved dråber, der hostes eller nyses ud i luften, fx i forbindelse med influenza<sup>43, 42</sup>.

**Rengøring og udluftning:**

- Betydningen af god rengøring er stor og størst i vinterhalvåret, hvor børn og voksne opholder sig meget indendørs. God udluftning medvirker til at reducere luftbåren smitte<sup>49</sup>. Særligt fokus på rengøring har vist sig at reducere antallet af MRSA-infektioner på hospitaler<sup>44</sup>.

**Anvendelse af arbejdsdragt i pleje- og sundhedssektoren:**

- Flere studier har vist, at arbejdsdragter bliver forurenet med mikroorganismer i løbet af en arbejdsdag i sundhedssektoren<sup>45</sup>. Formålet med at anvende arbejdsdragt i sundheds- og plejesektoren er at reducere forekomsten af infektioner hos både patienter/borgere og personale i sundheds- og plejesektor.

---

## KOMMUNERNES ERFARINGER OG MULIGHEDER FOR EN STYRKET INDSATS

---

Kortere indlæggelser og accelererede patientforløb på sygehusene har betydet, at kommunerne varetager flere opgaver, der tidligere har været varetaget af sygehusene og deres infektionshygiejniske beredskab. Samtidig øges populationen af ældre over 65 år, hvilket yderligere øger efterspørgslen på ydelser til ældre på fx plejehjem<sup>7</sup>.

Nogle kommuner har oprettet en hygiejneorganisation og udarbejdet lokale hygiejnepolitikker<sup>46</sup>. Det har vist sig at være en fordel, at organisationen er ledelsesmæssigt forankret. Nogle kommuner har gode erfaringer med udarbejdelse af en hygiejnehåndbog som et fælles værktøj.

Det er erfaringen, at organisering af hygiejneområdet i kommunen på tværs af flere forvaltninger løfter kvaliteten af den daglige generelle hygiejneindsats både hos borgere og hos medarbejdere i alle kommunens tilbud. Organiseringen bidrager også til, at fx uddannelse af medarbejdere foregår ensartet og kvalificeret, hvilket bidrager til større effekt af indsatsen.

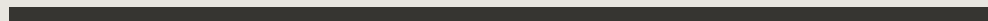
Flere kommuner har gode erfaringer med etablering af en samarbejdsaftale med sygehusets hygiejneorganisation (den regionale IHE) i forhold til at løfte hygiejneniveauet i kommunen<sup>24</sup>. Samarbejdet kan indgås på forskellige niveauer, fx i forhold til udarbejdelse af strategier, overvågning, undervisning og generel faglig sparring.

For at styrke indsatsen på området kan samarbejdet med almen praksis prioriteres. Det er der blandt andet mulighed for gennem praksiskonsulenterne og i det kommunalt-lægelige udvalg.

Det er de færreste kommuner, der har medarbejdere med infektionshygiejniske kompetencer i det omfang, som denne forebyggelsespakke lægger op til. Arbejde med de enkle og veldokumenterede hygiejniske grundregler er en stor udfordring, som kræver kontinuerligt fokus på indlæring og vedligeholdelse af gode vaner samt viden, motivation, opmærksomhed og accept blandt borgere, ansatte og ledere.

Kompetenceudvikling udgør derfor, sammen med organisering og strategiuudvikling, et væsentligt element i at styrke hygiejnearbejdet i kommunerne.





## ANBEFALINGER

Det anbefales, at kommunen iværksætter indsatser, der involverer følgende fire områder på hygiejneområdet: Rammer, akut beredskab, løbende opgaver samt information og undervisning. Denne opdeling af anbefalingerne adskiller sig fra de andre forebyggelsespakker.

De anbefalede indsatser er beskrevet i et grundniveau (G) og et udviklingsniveau (U). Grundniveauet indeholder basale indsatser baseret på den aktuelt bedste viden, og udviklingsniveauet anviser indsatser, der typisk bygger videre på indsatser i grundniveauet, og som i højere grad forudsætter mere opsøgende arbejde samt udvikling af ny viden og kompetencer.

Anbefalingerne for hhv. grund- og udviklingsniveau er så vidt muligt placeret i sammenhæng. Det skal tydeliggøre, hvilke indsatser i udviklingsniveauet der er en videreudvikling af indsatserne i grundniveauet. Læs mere om idéen bag opbygningen af anbefalingerne i publikationen "Introduktion til Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker".

Politisk og ledelsesmæssig opbakning vil i høj grad styrke muligheden for at få det fulde udbytte af indsatserne.

Som udgangspunkt opnås den bedste effekt, når de anbefalede indsatser indenfor alle fire områder iværksættes. Er man nødt til at prioritere, anbefales det, ud fra den foreliggende viden, at prioritere rammer, herunder den generelle hygiejne-indsats samt det akutte beredskab. Udvikling af en hygiejneorganisation kan forbedre grundlaget for hygiejnearbejdet i kommunen. I forhold til løbende opgaver anbefales det at prioritere pleje af særligt sårbare og svækkede borgere og fornuftige hygiejnerutiner i kommunens institutioner.

## RAMMER

### **G** Hygiejnepolitik

Kommunen udarbejder, vedtager og følger løbende op på en hygiejnepolitik, som en del af kommunens sundhedspolitik.

**Inspiration til handling:** Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) for sygehuse har en hygiejnestandard (afsnit 1.5.1.), der bl.a. beskriver, hvad en hygiejnepolitik kan indeholde. Se også DDKM for kommunernes standard (afsnit 2.6.1.) om infektionshygiejne [www.ikas.dk](http://www.ikas.dk)

En hygiejnepolitik anbefales som minimum at omfatte:

- Organiseringen af hygiejne i kommunen og samarbejdsrelationer.
- Overordnede mål og ansvarsfordeling.
- Prioriterede indsatsområder (målgrupper og arenaer, herunder særligt sårbare borgere).
- Henvielse til generelle infektionshygiejniske retningslinjer.
- Forebyggelse og håndtering af spredning af resistente eller særligt alvorlige og smitsomme mikroorganismer i samarbejde med den regionale IHE.
- Kompetenceudvikling.
- Formidling af politikken til kommunale institutioner og arbejdspladser.

**G** Grundniveau

**U** Udviklingsniveau

### **G** Handleplaner for kommunale institutioner og arbejdspladser

Med afsæt i hygiejnepolitikken udarbejdes handleplaner for kommunens arbejdspladser og institutioner, herunder skoler, i forhold til at sikre god hygiejne.

### **G** Organisering af infektionshygiejnen

Store kommuner kan have deres egen organisering af infektionshygiejne, og mindre kommuner kan samarbejde om en fælles organisering.

**Inspiration til handling:** Inspiration kan søges hos kommuner, der allerede har organiseret infektionshygiejnen og på [www.ssi.dk/hygiejne](http://www.ssi.dk/hygiejne) (organisering, primærsektor). Den årlige hygiejneuge kan benyttes til netværksdannelse [www.hygiejneugen.dk](http://www.hygiejneugen.dk)

### **G** Samarbejdsaftaler mellem region og kommune

Region og kommune indgår samarbejdsaftaler om hygiejnerådgivningen til kommunen.

**Inspiration til handling:** "Regionernes forebyggelsesopgaver – en vejledning til sundhedslovens § 119, stk. 3" [www.sst.dk](http://www.sst.dk)<sup>47</sup> hvor regionernes rådgivningsforpligtigelse er beskrevet.

### **G** Nødvendig viden om hygiejne hos personale i kommunale institutioner

Personalet i kommunens institutioner, herunder hjemmepleje, plejecentre, dagtilbud/skoler, bosteder m.m. har den nødvendige viden indenfor hygiejne, herunder viden om håndhygiejne, uniformshygiejne og generelle infektionshygiejniske retningslinjer med henblik på god hygiejne i institutionerne.

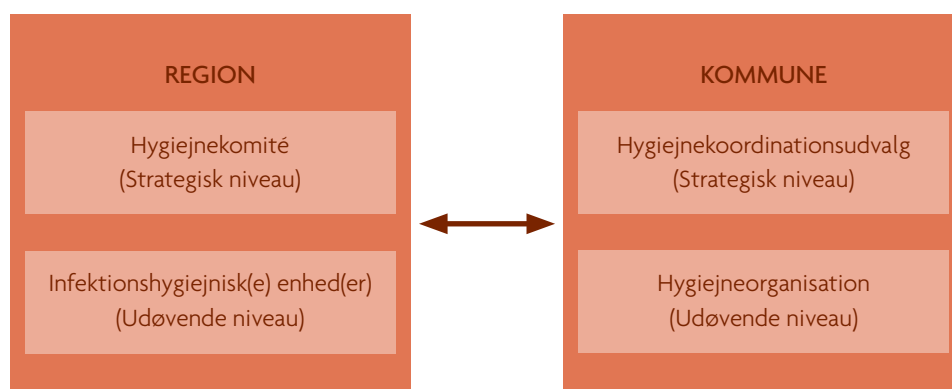
**Inspiration til handling:** Publikationerne "Værd at vide om hygiejne i primærsektoren", "Værd at vide om håndhygiejne" og "Værd at vide om urinvejsinfektioner", [www.ssi.dk/hygiejne](http://www.ssi.dk/hygiejne). "Forebyggelse af infektioner og smittespredning i kommunalt regi" fra Lægeforeningens Sundhedskomite 2007, [www.laeger.dk](http://www.laeger.dk) Sundhedsstyrelsens "Vejledning om arbejdsdragt inden for sundheds- og plejesektoren", [www.sst.dk](http://www.sst.dk)  
For kompetenceudvikling til hygiejnesygeplejerske og hygiejnekoordinator se side 22.

### **G** Gode fysiske rammer i kommunale institutioner

Kommunen etablerer fysiske rammer, der fremmer god hygiejne, herunder gode og et tilstrækkeligt antal håndvaske- og toiletfaciliteter, herunder håndvaske med betjeningsfrit armatur, flydende sæbe, håndsprit og engangshåndklæder. Gode rammer kan med fordel indgå i institutionernes handleplaner og kan hensigtsmæssigt medtænkes ved reovering og nybygning.

**Inspiration til handling:** "Hygiejne I daginstitutioner – Anbefalinger om forebyggelse og sundhedsfremme for børn inden for hygiejne, miljø og sikkerhed", [www.sst.dk](http://www.sst.dk) "Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer – Nybygning og Renovering" (forventes i slutningen 2012), [www.ssi.dk/hygiejne](http://www.ssi.dk/hygiejne) "Smitsomme sygdomme hos børn og unge – Vejledning om forebyggelse i daginstitutioner, skoler m.v.", [www.sst.dk](http://www.sst.dk)

### Eksempel på organisering af infektionshygiejnen i region og kommune



Organiseringen af infektionshygiejnen i region og kommune varierer, men har typisk to niveauer: Et strategisk niveau og et udøvende niveau.

I regionen kaldes det strategiske niveau ofte en hygiejnekommité og det udøvende niveau en infektionshygiejnisk enhed, men navnene varierer.

I kommunen kan det strategiske niveau kaldes et hygiejnekoordinationsudvalg og det udøvende niveau en hygiejneorganisation (nogle steder et hygiejnenetværk).

#### REGIONEN

**Hygiejnekommitéen** i regionen arbejder på strategisk niveau og oftest for flere sygehuse. Erfaringer fra hygiejnekommitéerne kan med fordel inddrages i det strategiske arbejde med at udvikle og implementere infektionshygiejnen i kommunerne.

**Infektionshygiejniske enheder.** En eller flere Infektionshygiejniske Enheder i regionen (IHE) fører hygiejneopgaverne ud i livet (udøvende niveau).

## KOMMUNEN

**Koordinationsudvalget** i kommunen, det strategiske niveau, kan bestå af en repræsentant fra hver forvaltning, en politisk repræsentant, en sundhedsperson med hygiejnekompetencer og en repræsentant for hygiejnekoordinatorerne.

Koordinationsudvalgets opgave er at understøtte samarbejdet mellem de forvaltninger i kommunen, der har med hygiejneområdet at gøre, og have kontakt til almen praksis. Udvalget rådgives af den regionale IHE. Udvalget har ansvaret for at udarbejde kommunens hygiejnepolitik og for at tilrettelægge lokale indsatser.

**Hygiejneorganisationen** i kommunen, det udøvende niveau, består af en hygiejnesygeplejerske samt hygiejnekoordinatorer fra de forskellige forvaltninger i kommunen. Dertil en læge, fx en kommunallæge eller en læge fra den regionale infektionshygiejniske enhed (IHE) på det hospital, som har kommunen som optageområde. Desuden inddrages embedslægen i særlige tilfælde, fx ved udbrud af alvorlige smitsomme sygdomme.

Kommunens hygiejneorganisation har til formål at organisere, planlægge, udvikle og monitorere hygiejneområdet i kommunen. Hygiejneorganisationen er ansvarlig for at formidle hygiejnepolitikken i kommunen, for samarbejdet med de lokale institutioner og for opfølgning på lokale indsatser og monitorering.

**Hygiejnesygeplejersker.** I et tværsektorielt samarbejde kan det være en regional opgave at ansætte hygiejnesygeplejersker og evt. en læge uddannet i hygiejne. Hygiejnesygeplejerskerne kan have en rådgivende rolle i forhold til kommunens koordinationsudvalg.

**Hygiejnekoordinatorer** er medarbejdere i kommunale institutioner og virksomheder. Hygiejnekoordinatoren har særlige kompetencer for at varetage hygiejneindsatsen og arbejde systematisk med denne i egne rammer, men er ikke nødvendigvis sundhedsuddannet. Hygiejnekoordinatorerne refererer til hygiejnesygeplejersken/den lokale kontaktperson på området og kan hente rådgivning hos denne.

## AKUT BEREDSKAB

### **G** Adgang til rådgivning ved infektionsudbrud

Institutioner, herunder døgninstitutioner samt plejecentre og andre botilbud har adgang til hygiejnisk rådgivning i kommunen i forbindelse med infektionsudbrud og smitte med resistente eller særligt smitsomme mikroorganismer. Embedslægerne iværksætter forholdsregler mod de særligt alvorlige smitsomme sygdomme og kontaktes ved udbrud gennem sundhedsfaglige medarbejdere, fx fra den kommunale sundhedstjeneste. Almen praksis informerer patienter om forholdsregler for at undgå smittespredning.

**Inspiration til handling:** "Smitsomme sygdomme hos børn og unge – Vejledning om forebyggelse i daginstitutioner, skoler m.v." og "Forebyggelse af spredning af MRSA. Vejledning"; [www.sst.dk](http://www.sst.dk)

### **G** Lokal overvågning af udbrud

Udbrud af alvorlige smitsomme sygdomme eller særligt smitsomme sygdomme, som fx Roskildesyge (Noro-virus), i kommunens institutioner overvåges i samarbejde med embedslægerne, fødevareregionerne, den regionale IHE og evt. Statens Serum Institut.

## LØBENDE OPGAVER

### **G** Rengøring og håndhygiejne

Kommunen sikrer god rengøringsstandard og håndhygiejne på kommunale arbejdspladser og institutioner, inkl. bosteder.

**Inspiration til handling:** "Hygiejne i daginstitutioner – Anbefalinger om forebyggelse og sundhedsfremme for børn inde for hygiejne, miljø og sikkerhed", [www.sst.dk](http://www.sst.dk) Gode råd på [www.bedrehygiejne.dk](http://www.bedrehygiejne.dk) Informationer om korrekt håndhygiejne [www.ssi.dk](http://www.ssi.dk) "Smitterisiko ved rengøring" (BAR-service materiale 2011) [www.bar-service.dk](http://www.bar-service.dk)

### HJEMMEPLEJE, PLEJECENTRE, ÆLDREBOLIGER OG BOSTEDER MV.:

### **G** Pleje af særligt sårbare og svækkede borgere

I pleje- og omsorgsopgaver over for svækkede borgere arbejder personalet efter Statens Serum Instituts generelle infektionshygiejniske retningslinjer i forhold til svækkede borgere. Dette gælder for opgaverne såvel i i borgerens hjem som på institution. Det kan fx dreje sig om ældre, kronisk syge børn, for tidligt fødte børn, misbrugere, hjemløse og borgere med udviklingsforstyrrelser, borgere med multiple funktionsnedsættelser eller psykisk sygdom.

**Inspiration til handling:** Statens Serum Instituts generelle infektionshygiejniske retningslinjer, [www.ssi.dk](http://www.ssi.dk) (Smitteberedskab, Infektionshygiejne). Sundhedsstyrelsens "Vejledning om arbejdsdragt inden for sundheds- og plejesektoren", [www.sst.dk](http://www.sst.dk)

### **G** Hjælpemidler og udstyr

I forbindelse med genbrug af hjælpemidler, fx hospitalssenge, trykafastende madrasser og kørestole, arbejder kommunerne med udgangspunkt i de generelle infektionshygiejniske retningslinjer, når det gælder transport og genbehandling. Kommunens udstyr, som fx vaske- og opvaskemaskiner, er hygiejnisk forsvarlige, og relevant personale er i stand til at rengøre og desinficere udstyret.

**Inspiration til handling:** "Forebyggelse af spredning af MRSA. Vejledning", [www.sst.dk](http://www.sst.dk) og "Desinfektion i sundhedssektoren", [www.ssi.dk/hygiejne](http://www.ssi.dk/hygiejne)

### DAGTILBUD, SKOLER MV.:

### **G** Tilsyn med hygiejne i dagtilbud og skoler

Den kommunale sundhedstjeneste tilbyder rådgivning om hygiejniske forhold og fører tilsyn med hygiejnen i kommunens institutioner for børn og unge, herunder dagtilbud og skoler.

**Inspiration til handling:** "Hygiejne i daginstitutioner – Anbefalinger om forebyggelse og sundhedsfremme for børn inden for hygiejne, miljø og sikkerhed", [www.sst.dk](http://www.sst.dk) "Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge", og "Forebyggelsespakke om indeklima i skoler", [www.sst.dk](http://www.sst.dk)

### **G** Hygiejnerutiner i dagtilbud og skoler

Alle dagtilbud og skoler har hygiejnerutiner, der er udarbejdet på baggrund af kommunens hygiejnepolitik med henblik på at reducere sygeligheden.

**Inspiration til handling:** "Hygiejne i daginstitutioner – Anbefalinger om forebyggelse og sundhedsfremme for børn inden for hygiejne, miljø og sikkerhed", [www.sst.dk](http://www.sst.dk)

### **G** Rådgivning om fysiske rammer i dagtilbud og skoler

Den kommunale sundhedstjeneste (kommunallæge og sundhedsplejerske) rådgiver, ofte i samarbejde med teknisk forvaltning, løbende om gode fysiske rammer, herunder indeklima, rengøring og udluftning i skoler og dagtilbud. Ved nybyggeri og reovering rådgiver teknisk forvaltning ofte i samarbejde med den kommunale sundhedstjeneste (sundhedsplejersker og kommunallæge).

**Inspiration til handling:** "Forebyggelsespakke om indeklima i skoler", [www.sst.dk](http://www.sst.dk) "Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer – Nybygning og Renovering", der forventes at udkomme i slutningen af 2012, [www.ssi.dk/hygiejne](http://www.ssi.dk/hygiejne) "Smitsomme sygdomme hos børn og unge – Vejledning om forebyggelse i daginstitutioner, skoler m.v.", [www.sst.dk](http://www.sst.dk) Arbejdstilsynets regler for nybygning og reovering, [www.at.dk](http://www.at.dk)

### **G** Inddragelse af forældre og personale i dagtilbud og skoler

Dagtilbud og skoler inddrager forældre og personale i gode håndhygiejnerutiner for børn og unge, fx kan emnet tages op på personale-, bestyrelses- og forældremøder. Hygiejne og sygefravær kan være fast punkt på dagsorden, og der kan arrangeres temaug(e) om emnet.

**Inspiration til handling:** E-bug er et undervisningsmateriale til skoler om mikroorganismer, hygiejne og brug af antibiotika til mellem – og udskolingstrinet, [www.e-bug.eu/dk](http://www.e-bug.eu/dk)

**G** Grundniveau

**U** Udviklingsniveau

#### ARBEJDSPLADSER:

##### **G** Rådgivning vedr. god hygiejne

Kommunen bistår egne virksomheder og institutioner, herunder bosteder med information og rådgivning om implementering af god hygiejne, herunder korrekt udført håndhygiejne og syge- og raskmelding efter udarbejdet vejledning.

Inspiration til handling: Gode råd på [www.bedrehygiejne.dk](http://www.bedrehygiejne.dk)

##### **U** Fleksible arbejdspladser

Kommunen kan med fordel have en arbejdspladspolitik, der muliggør, at forældrene kan tage sig af pasningen af deres syge børn med infektioner hjemme, fx ved at tilbyde mulighed for fleksible arbejdspladser og arbejdstider, hjemmearbejdspladser mv.

##### **U** Vejledning om tilrettelæggelsen af hygiejne i private virksomheder

Kommunen kan tilbyde private virksomheder råd og vejledning i tilrettelæggelsen af hygiejnen på virksomheden. Kommunen kan tilbyde disse at indgå i kampagner, hvor der fokuseres på et særligt område på tværs af hele kommunens geografiske område.

Inspiration til handling: [www.hygiejneugen.dk](http://www.hygiejneugen.dk)

#### UNGDOMSUDDANNELSER:

##### **U** Rådgivning til ungdomsuddannelser

Kommunen kan tilbyde ungdomsuddannelser råd og vejledning til udarbejdelse af hygiejnepolitik og syge/raskmeldingspolitik under sundhedspolitikken. Der kan desuden rådgives med henblik på at reducere smitte ved at opfordre til korrekt og konsekvent håndhygiejne og hoste-etikette.

Inspiration til handling: [www.sst.dk](http://www.sst.dk) Inspiration til undervisning, [www.ssi.dk/hygiejne](http://www.ssi.dk/hygiejne) og [www.e-bug.eu](http://www.e-bug.eu) Gode råd på [www.bedrehygiejne.dk](http://www.bedrehygiejne.dk)

#### KOMMUNALE LOKALER, DER LEJES/LÅNES UD:

##### **G** Forebyggelse af smitte

Alle borgere, der lejer eller låner et af kommunens lokaler, opfordres til at forebygge infektioner gennem korrekt og konsekvent håndhygiejne og hoste-etikette

Inspiration til handling: [www.sst.dk](http://www.sst.dk) Smitteberedskab, infektionshygiejne og undervisning, [www.ssi.dk](http://www.ssi.dk) Gode råd på [www.bedrehygiejne.dk](http://www.bedrehygiejne.dk)



## INFORMATION OG UNDERVISNING

### **G** Information til borgerne om håndhygiejne, raskmelding mv.

Borgerne informeres om håndhygiejnens betydning for smittespredning og om hensigtsmæssig syge- og raskmelding ved smitsom sygdom via lokale opmærksomhedsskabende aktiviteter, fx ved at støtte op om nationale initiativer som den landsdækkende hygiejneuge, uge 38. Almen praksis kan med fordel inddrages i forebyggelse af smittespredning blandt patienter.

**Inspiration til handling:** [www.sst.dk](http://www.sst.dk) og [www.ssi.dk](http://www.ssi.dk) Gode råd om hygiejne på kontoret, i det offentlige rum, om hygiejne og sygefravær mv., [www.bedrehygiejne.dk](http://www.bedrehygiejne.dk)

### **G** Undervisning af børn og unge

Børn i dagtilbud og skoler får undervisning i korrekt håndhygiejne og forebyggelse af infektioner. Indsatsen kan med fordel følges op af årlig selvkontrol.

**Inspiration til handling:**

- Ideer til at arbejde med håndhygiejne i dagplejen, [www.sst.dk](http://www.sst.dk) søg på hygiejne.
- e-bug, et undervisningsmateriale til skoler om mikroorganismer, hygiejne og brug af antibiotika til mellem – og udskolingstrinet, [www.e-bug.eu/dk](http://www.e-bug.eu/dk)
- "Hvad er der på dine fingre?" En undervisnings-dvd om håndhygiejne, [www.sst.dk](http://www.sst.dk) søg på hygiejne.
- "Miljø og sundhed for børn og unge. Inspirationskatalog til kommunerne 2007" fra Sundhedsstyrelsen, [www.sst.dk](http://www.sst.dk)
- "Faghæfte 21. Fælles mål. Sundheds- og seksualundervisning og familiekundskab", [www.uvm.dk](http://www.uvm.dk)

### **G** Nye familier og ældre informeres om god hygiejne ved henholdsvis sundhedspleje og forebyggende hjemmebesøg.

**Inspiration til handling:** Publikationen "Sunde Børn. Til forældre med børn i alderen 0-3 år", [www.sst.dk](http://www.sst.dk)

# IMPLEMENTERING OG OPFØLGNING

---

## KOMPETENCER

---

Det er hensigtsmæssigt, at kommunen har adgang til hygiejnekompetencer svarende til en special- eller diplomuddannet hygiejnesygeplejerske. Denne person kan bistå med udarbejdelse af hygiejnepolitikker, retningslinjer og uddannelse af hygiejnekoordinatorer.

Ikke sundhedsfagligt uddannet personale har behov for viden om hygiejne på forskellige niveauer:

Personale, der udfører plejeopgaver, fx i hjemmeplejen, på plejecentre og bosteder kan kommunen med fordel have uddannelsesfokus på. Det er hensigtsmæssigt, at denne gruppe medarbejdere har viden om:

- Generelle infektionshygiejniske retningslinjer
- Håndhygiejne
- Værnemidler
- Håndtering af mad
- Snavsetøj
- Hoste-etikette
- At blive hjemme ved sygdom
- Rengøring kontra desinfektion
- Retningslinjer ved særlige problemer/sygdomme.

Dertil kommer kendskab til kommunens hygiejnepolitik.

Andre ikke sundhedsfagligt uddannede som fx pædagoger og rengøringspersonale har ligeledes behov for viden om hygiejne.

Personale, som fungerer som hygiejnekoordinatorer, fx pædagoger og dagplejepædagoger kan kommunen med fordel også have uddannelsesfokus på.

En oversigt over uddannelse indenfor infektionshygiejne og inspiration til uddannelse af kommunens hygiejnekoordinatorer kan findes på Statens Serum Instituts hjemmeside [www.ssi.dk](http://www.ssi.dk) Her findes bl.a. "Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om nøglepersoner/kontaktpersoner/koordinatorer i infektionshygiejne inden for det sundhedsfaglige område."

Inspiration til uddannelse i infektionshygiejne, kan findes på: [www.nhv.se](http://www.nhv.se) (Diplomprogram i infektionshygiejne på Nordic School of Public Health, Göteborg).

---

## SAMARBEJDE OG PARTNERSKABER

---

I forhold til hygiejneindsatser rettet mod børn og unge samarbejder ledelser i dagtilbud og skoler med den kommunale sundhedstjeneste (sundhedsplejersker og kommunallæge) og inddrager den kommunale tandpleje og hygiejneorganisationen, når det er relevant. Almen praksis kan med fordel inddrages, da de bl.a. formidler regler for fremmøde ved smitsomme sygdom, fx ved øjenbetændelse, og har kontakt til hovedparten af befolkningen.

Handleplaner for dagtilbud og skoler er relevant at udarbejde i et samarbejde mellem ledelser, teknisk servicepersonale, arbejdsmiljørepræsentant, den kommunale sundhedstjeneste (kommunallæge og sundhedsplejersker i aftalt samarbejde) og evt. andre relevante parter i kommunen. Overvågning og registrering af sygefravær kan ske i et samarbejde mellem dagtilbud- og skoleområdet og den kommunale sundhedstjeneste (sundhedsplejersker og kommunallæge). Embedslægen inddrages ved ophobning af infektionssygdomme.

Ved udbrud, fx Roskildesyge, aftales det konkrete samarbejde nærmere blandt aktørerne på området, herunder registrering og dokumentering. I øvrigt følges de almindelige regelsæt (se under afsnittet "Lovgivning på området").

Forældreinddragelse i dagtilbud og skoler sker fx gennem samarbejde med den kommunale sundhedstjeneste og forældrebestyrelser samt evt. forældreorganisationer, som fx Skole og Forældre – landsorganisationen for forældre i folkeskolen.

Kommunen kan indgå partnerskaber med de lokale ungdomsuddannelsesinstitutioner om at sikre de hygiejniske forhold og styrke forebyggelse af smitte.

I forhold til indsatser målrettet de kommunale mødesteder, kan kommunen hensigtsmæssigt indgå aftaler med de kommunale og evt. private aktører, der er involveret i driften af disse.

Indsatsen overfor særligt sårbare borgere kan fx etableres i et samarbejde mellem hjemmeplejen, sundhedsplejen, hjælpemiddelenheder, socialpsykiatrien og IHE. Desuden kan almen praksis med fordel inddrages.

Udvikling af flexible arbejdspladser kan ske i partnerskab og samarbejde med lokale faglige organisationer og medarbejderindflydelsesorganer på arbejdspladserne.

For så vidt angår det akutte beredskab samarbejder kommunen i relevant omfang med embedslæger og private aktører, som fx kan håndtere kloaknedbrud og oversvømmelser. Overvågning af alvorlige smitsomme sygdomme (jf. Epidemiloven § 26) varetages i samarbejde med embedslægerne, evt. fødevarerregionerne og Statens Serum Institut.

Ved nybygning og renovering af kommunens ejendomme vil teknisk forvaltning ofte rådgive i et samarbejde med den kommunale sundhedstjeneste (sundhedsplejersker og kommunallæge). Herudover kan kommunen indgå partnerskab med eksterne entreprenører og firmaer om at bygge og renovere hensigtsmæssigt i forhold til at understøtte muligheder for god hygiejne.

I arbejdsmiljøspørgsmål er Arbejdstilsynet den danske myndighed på området, fx vedrørende brug af personlige værnemidler.

---

## MONITORERING OG INDIKATORER

---

I dette afsnit præsenteres monitoreringsmuligheder og udvalgte indikatorer, som kommunerne kan anvende i opfølgningen på arbejdet med hygiejne. Det er relevant, at opfølgning og evaluering planlægges, når indsatser påbegyndes.

Kommunens hygiejnepolitik kan med fordel jævnligt følges op af selvkontrol, fx i form af en årlig audit. Hygiejneorganisationen planlægger omfanget af selvkontroller og audits i de kommunale institutioner i samarbejde med den regionale IHE. Inspiration til opfølgning i "Skolesundhedsarbejde" på [www.sst.dk](http://www.sst.dk)

Den Danske Kvalitetsmodel for kommunerne omfatter akkrediteringsstandarder for hygiejne med procesindikatorer for henholdsvis infektionshygiejne (afsnit 2.6.1.) og håndhygiejne (afsnit 2.6.2.). Se [www.ikas.dk](http://www.ikas.dk) – søg på kommuner.

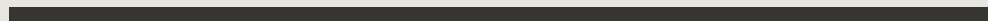
**Følgende effekt- og procesindikatorer kan anvendes i det opfølgende arbejde:**

- Sygefravær blandt de ansatte
- Sygefravær blandt elever på de enkelte skoler/institutioner
- Antal gennemførte hygiejneindsatser på skoler og institutioner på et år
- Antal af institutioner med handleplaner på hygiejneområdet
- Antal af hygiejnekoordinatorer i kommunen
- Antal kompetenceudviklingsforløb
- Antal hygiejne audits i kommunale institutioner
- Antal medarbejdere, der kender til institutionens hygiejnehandleplan.

**Med henblik på at dokumentere området yderligere foreslås:**

- Registrering af årsagen til sygefravær på udvalgte skoler/institutioner blandt børn/elever/personale.
- At undersøge forekomsten (punktprævalensundersøgelse) af sundhedssektorerhvervede infektioner på udvalgte kommunale plejehjem.
- Registrering af udbrud af Roskildesyge (Noro-virus), MRSA og andre resistente bakterier i fx daginstitutioner, skoler og plejehjem.

Ved registrering af sygefravær blandt ansatte kan regler for indhentning af helbredsoplysninger læses i Helbredsloven (LOV nr. 286 af 24/04/1996) [www.retsinformation.dk](http://www.retsinformation.dk) Ved registrering af sygefravær blandt elever kan regler for videregivelse af informationer læses i "Vejledning om smittsomme sygdomme hos børn og unge", Sundhedsstyrelsen 2011 [www.sst.dk](http://www.sst.dk)



## LITTERATUR OG HENVISNINGER

---

- 1 Koefod BG et al. Udvalgte miljøfaktors betydning for børns sygelighed i daginstitutioner. Ugeskrift for Læger. 2002 (164(49));5759-68.
- 2 Statens Institut for Folkesundhed. Folkesundhedsrapporten Danmark 2007. Redigeret af Kjølner M, Juel K og Kamper-Jørgensen F. Statens Institut for Folkesundhed; 2007.
- 3 Sundhedsstyrelsen. Bilag. Beredskab for pandemisk influenza. National strategi og rammer for planlægning i sundhedsberedskabet. Sundhedsstyrelsen; april 2006 (under revision).
- 4 Statens Institut for Folkesundhed. Sundhed og Sygelighed i Danmark 2005 & udviklingen siden 1987. Statens Institut for Folkesundhed; 2006.
- 5 Statens Institut for Folkesundhed. Danske børns sundhed og sygelighed. Syddansk Universitet og Statens Institut for Folkesundhed; 2009. [www.si-folkesundhed.dk](http://www.si-folkesundhed.dk)
- 6 Statens Serum Institut. MRSA 2010. EPI-NYT, Uge 46-2011, Statens Serum Institut. [www.ssi.dk](http://www.ssi.dk)
- 7 Suetens C. Healthcare-associated infections in European long-term care facilities: how big is the challenge? Euro Surveill. 2012;17(35).
- 8 Statens Institut for Folkesundhed. Socialt udsattes brug af sundhedsvæsenet. Juel K et al. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet og Rådet for Socialt Udsatte; 2010.
- 9 Sundhedsstyrelsen. Hygiejne i daginstitutioner. Anbefalinger om forebyggelse og sundhedsfremme for børn inden for hygiejne, miljø og sikkerhed. Sundhedsstyrelsen; 2009.
- 10 Sundhedsstyrelsen. Vejledning til læger om gratis influenzavaccination til visse persongrupper. Sundhedsstyrelsen; 21. juli 2010. [www.sst.dk](http://www.sst.dk)
- 11 Jensen CS og Walther S. Urinvejsinfektioner – forekomst, årsager og forebyggelse. Ugeskrift for Læger. 2007; (169(49)):4265-8.
- 12 Jensen CS. Urinvejsinfektioner og urinvejskatetre. Fokus på inkontinens. (Special nr. 3). 2006. [www.coloplast.dk](http://www.coloplast.dk)
- 13 Müller L, Korsgaard H, Ethelberg S. Burden of acute gastrointestinal illness in Denmark 2009: a population-based telephone survey. Epidemiol. Infect. 2012 Feb;140(2):290-8.
- 14 Dennehy PH. Transmission of rotavirus and other enteric pathogens in the home. Pediatr. Infect. Dis. J. 2000 Okt;19(10 Suppl):S103-105.

- 15 Nicholson KG, Kent J, Hammersley V, Cancio E. Acute viral infections of upper respiratory tract in elderly people living in the community: comparative, prospective, population based study of disease burden. *BMJ*. 1997 Okt 25;315(7115):1060–4.
- 16 Eriksen HM, Koch AM, Elstrøm P, Nilsen RM, Harthug S, Aavitsland P. Healthcare-associated infection among residents of long-term care facilities: a cohort and nested case-control study. *J. Hosp. Infect.* 2007 Apr;65(4):334–40.
- 17 Eikelenboom-Boskamp A, Cox-Claessens JHM, Boom-Poels PGM, Drabbe MIJ, Koopmans RTCM, Voss A. Three-year prevalence of healthcare-associated infections in Dutch nursing homes. *J. Hosp. Infect.* 2011 Maj;78(1):59–62.
- 18 Statens Serum Institut. Antibiotikaaudit på plejehjem og lignende institutioner (ESAC/ HALT), CEI-nyt nr. 121; april 2012.
- 19 Garibaldi RA. Epidemiology of community-acquired respiratory tract infections in adults. Incidence, etiology, and impact. *Am. J. Med.* 1985 Jun 28;78(6B):32–7.
- 20 Pedersen KM. Giv hygiejnen en hånd. Publiceret i tidsskriftet *Rent i Danmark*, vol 34(5), 2007: 10-13.
- 21 Bell DM, Gleiber DW, Mercer AA, Phifer R, Guinter RH, Cohen AJ, et al. Illness associated with child day care: a study of incidence and cost. *Am J Public Health.* 1989 Apr;79(4):479–84.
- 22 Bramley TJ, Lerner D, Sames M. Productivity losses related to the common cold. *J. Occup. Environ. Med.* 2002 Sep;44(9):822–9.
- 23 Nandrup-Bus I. Mandatory handwashing in elementary schools reduces absenteeism due to infectious illness among pupils: a pilot intervention study. *Am J Infect Control.* 2009 Dec;37(10):820–6.
- 24 Bloch B. Hygiejne på tværs – tværsektorielt samarbejde omkring patient/borger med behov for infektionshygiejnisk bistand – hvordan løses opgaven? MPH-afhandling, 2012. Nordic School of Public Health – NHV.
- 25 World Health Organisation. Core components for infection prevention and control programmes. Report of the Second meeting Informal network on Infection Prevention and Control in Health Care. Geneva, Switzerland; 26-27 June 2008. [www.who.int](http://www.who.int) (søg på dokumentets navn).
- 26 Black RE, Dykes AC, Anderson KE, Wells JG, Sinclair SP, Gary GW Jr, et al. Handwashing to prevent diarrhea in day-care centers. *Am. J. Epidemiol.* 1981 Apr;113(4):445–51.

- 27 Bloomfield SF et al. The effectiveness of hand hygiene procedures in reducing the risks of infections in home and community settings including handwashing and alcohol-based hand sanitizers. *Am J Infect Control*. 2007(35):27–64.
- 28 World Health Organisation. Clean Care is Safer Care. [www.who.int](http://www.who.int) (søg på dokumentets navn).
- 29 Golding GR, Quinn B, Bergstrom K, Stockdale D, Woods S, Nsungu M, et al. Community-based educational intervention to limit the dissemination of community-associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in Northern Saskatchewan, Canada. *BMC Public Health*. 2012;12:15.
- 30 Curtis V, Cairncross S. Effect of washing hands with soap on diarrhoea risk in the community: a systematic review. *Lancet Infect Dis*. 2003 Maj;3(5):275–81.
- 31 Lausten S. Hand hygiene among hospital staff: An investigation of Alcohol-based Handrubbing and Health-care Associated Infections. PhD thesis. Faculty of Health Sciences, University of Aarhus; 2009.
- 32 Holt J og Kjerulf A. Nye resistente bakterier forebygges med gamle metoder. *Sygeplejersken*. 2011(20).
- 33 Holt J, Hansen HP, Jarløv JO. Håndhygiejne – hvor svært kan det være? *Ugeskrift for Læger*. 2007(169, Nr. 48):4167–9.
- 34 Ladegaard MB, Stage V. Håndhygiejne og småbørnssygelighed i daginstitutioner. En interventionsundersøgelse. *Ugeskrift for Læger*. 1999(161):4396–400.
- 35 Uhari M, Möttönen M. An open randomized controlled trial of infection prevention in child day-care centers. *Pediatr. Infect. Dis. J*. 1999 Aug;18(8):672–7.
- 36 Ejemot RI, Ehiri JE, Meremikwu MM, Critchley JA. Hand washing for preventing diarrhoea. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;(1):CD004265.
- 37 Hübner N-O, Hübner C, Wodny M, Kampf G, Kramer A. Effectiveness of alcohol-based hand disinfectants in a public administration: impact on health and work performance related to acute respiratory symptoms and diarrhoea. *BMC Infect. Dis*. 2010;10:250.
- 38 Jensen J-US, Jensen ET, Larsen AR, Meyer M, Junker L, Rønne T, et al. Control of a methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) outbreak in a day-care institution. *J. Hosp. Infect*. 2006 Maj;63(1):84–92.



- 
- 39 Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L. 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Health Care Settings. *Am J Infect Control.* 2007 Dec; 35 (10 Suppl 2): S65–164.
  - 40 Statens Serum Institut. Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om behandling af patienter med smitsomme sygdomme, herunder isolation. 4. udgave. Statens Serum Institut, CEI; 2011.
  - 41 Sundhedsstyrelsen. Smitsomme sygdomme hos børn og unge. Vejledning om forebyggelse i daginstitutioner, skoler m.v. Sundhedsstyrelsen; 2011 [www.sst.dk](http://www.sst.dk)
  - 42 European Center for Disease Prevention and Control. Personlige beskyttelsesforanstaltninger, der skal mindske risikoen for at få eller overføre human influenza. ECDC; 3. maj 2009.
  - 43 Sundhedsstyrelsen. Hygiejne og værnemidler. I: Beredskab for pandemisk influenza. National strategi og rammer for planlægning i sundhedsberedskab (under revision). Sundhedsstyrelsen; 2006: 43-44.
  - 44 Dancer SJ, White LF, Lamb J, Girvan EK, Robertson C. Measuring the effect of enhanced cleaning in a UK hospital: a prospective cross-over study. *BMC Med.* 2009;7:28.
  - 45 Statens Serum Institut. Bilag til Sundhedsstyrelsens vejledning om arbejdstøj indenfor sundheds- og plejesektoren. , februar 2010. [www.ssi.dk](http://www.ssi.dk) (Sti: smittebreds-kab – infektionshygiejne – hent materiale – andet materiale).
  - 46 Nandrup-Bus I. Lavt sygefravær hos daginstitutionsbørn ved en hygiejnepolitik. *Sygeplejersken*, 2010; (16):42-5.
  - 47 Sundhedsstyrelsen. Regionernes forebyggelsesopgaver – en vejledning til sundhedslovens § 119, stk. 3. Sundhedsstyrelsen; 2009. [www.sst.dk](http://www.sst.dk)



Sundhedsstyrelsen har udviklet en række forebyggelsespakker, som indeholder faglige anbefalinger til en kommunal sundhedsfremmende og forebyggende indsats af høj kvalitet. Forebyggelsespakkerne kan bruges til at prioritere og planlægge indsatsen i kommunerne.

Serien af forebyggelsespakker omhandler følgende temaer:

**ALKOHOL**  
**FYSISK AKTIVITET**  
**HYGIEJNE**  
**INDEKLIMA I SKOLER**  
**MAD & MÅLTIDER**  
**MENTAL SUNDHED**  
**OVERVÆGT**  
**SEKSUEL SUNDHED**  
**SOLBESKYTTELSE**  
**STOFFER**  
**TOBAK**

Som en introduktion til arbejdet med forebyggelsespakkerne har Sundhedsstyrelsen udarbejdet publikationen "Introduktion til Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker".

På [www.sst.dk/forebyggelsespakker](http://www.sst.dk/forebyggelsespakker) kan du bl.a. se introduktionspublikationen, samtlige forebyggelsespakker og anbefalinger fordelt på målgrupperne børn, unge, voksne, ældre og særlige målgrupper.

Publikationerne kan bestilles hos Sundhedsstyrelsens publikationer, c/o Rosendahls-Schultz Grafisk på tlf. 70 26 26 36.

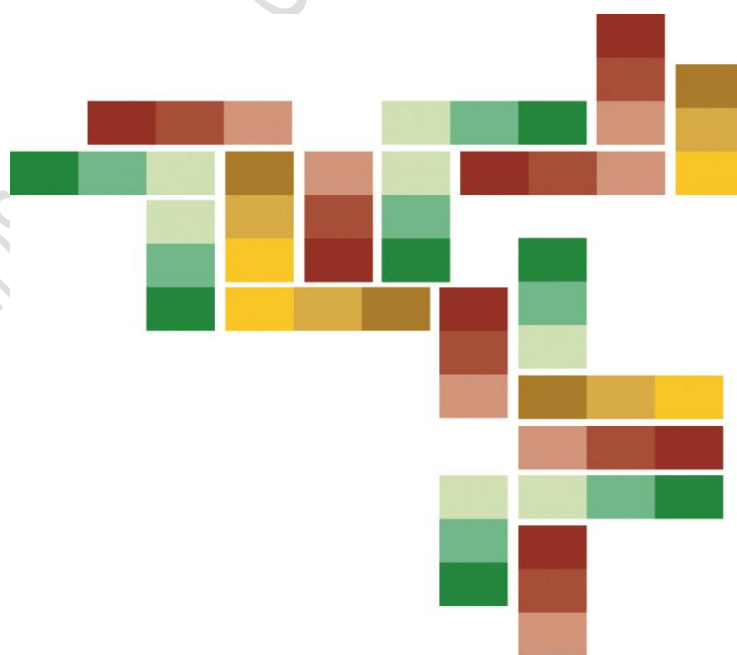
Sundhedsstyrelsen  
Axel Heides Gade 1  
2300 København S  
Telefon 72 22 74 00  
Telefax 72 22 74 11  
sst@sst.dk

**Endeligt udkast til**

**Sundhedsaftale 2015 - 2018**

**Region Hovedstaden og**

**kommunerne i regionen**



Godkendt af Sundhedskoordinationsudvalget 25. november 2014



## FORORD

Vi er i Sundhedskoordinationsudvalget stolte af at kunne præsentere sundhedsaftalen 2015-2018 mellem Region Hovedstaden og de 29 kommuner i regionen.

Parterne har nøje udvalgt de visioner, målsætninger og helt konkrete indsatser, som der er særligt behov for, at vi tager hånd om i fællesskab.

Vi har mange gode erfaringer at bygge videre på. Der er imidlertid også områder, hvor samarbejdet skal udbygges og forbedres, og hvor det er nødvendigt med en helt ny og forbedret indsats.

Sundhedsaftalen omfatter alle borgere, som har behov for sammenhængende indsatser på tværs af sektorerne. Aftalen lægger derfor vægt på at styrke det helhedsorienterede og forebyggende samarbejde med borgeren som aktiv samarbejdspart. Der er fokus på, at det er sundhedsvæsenet, der tilpasser sig borgerens præmisser og ikke omvendt.

For at komme i mål med den ambitiøse målsætning skal vi have et bredt og involverede samarbejde mellem alle relevante aktører i det tværsektorielle felt. Denne sundhedsaftale er derfor en invitation til et bredt samarbejde mellem kommuner, hospital, hele praksissektoren og alle ydergrupper samt private leverandører.

En lang række mennesker på tværs af kommuner, hospitaler og praksissektoren har bidraget til at udarbejde sundhedsaftalen. Vi vil gerne takke for et godt og meget konstruktivt samarbejde.

Vi ser frem til det videre arbejde med i fællesskab at udvikle sundhedsvæsenet i Hovedstadsregionen.

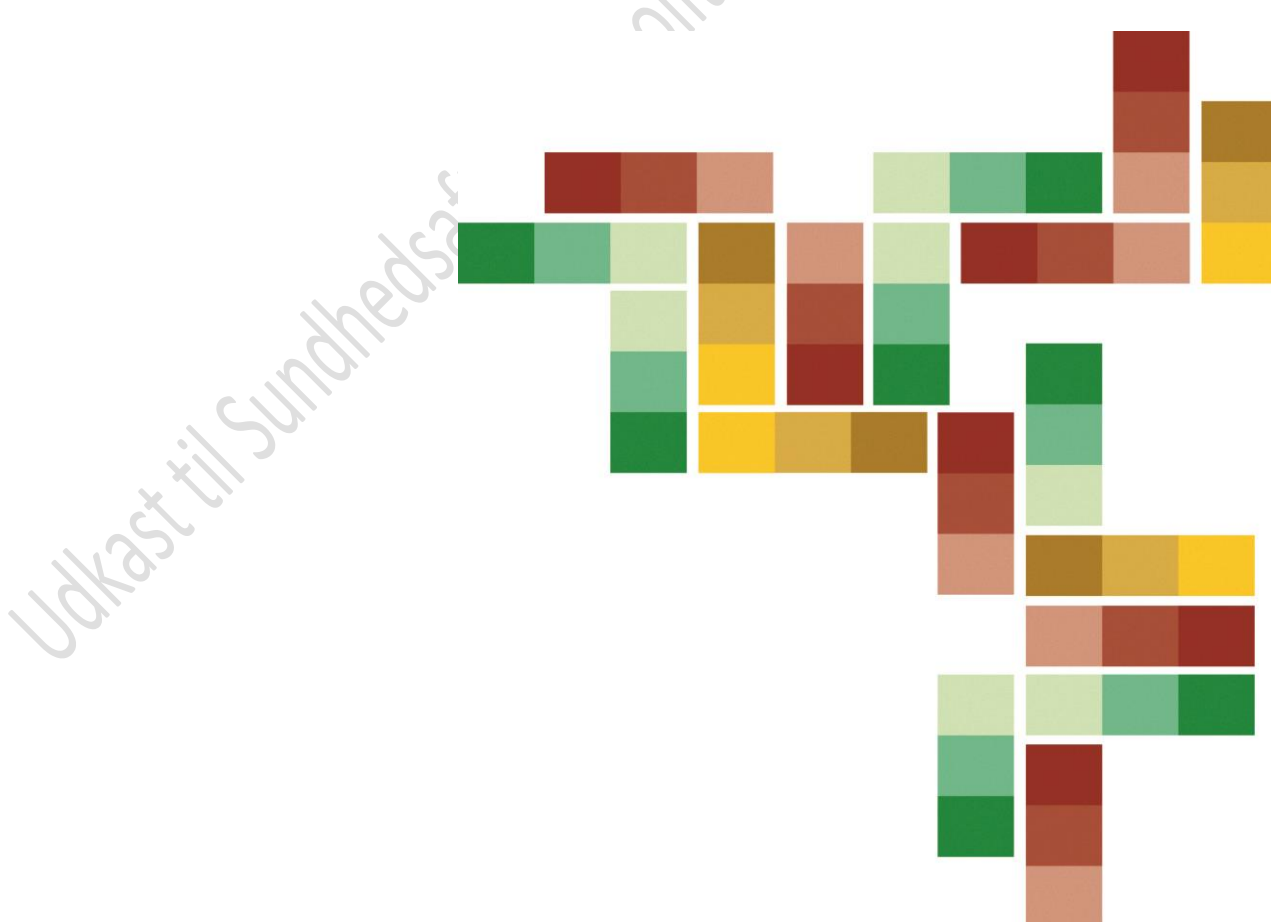
På vegne af Sundhedskoordinationsudvalget

Per Seerup Knudsen  
Formand

Ninna Thomsen  
Næstformand

# Endeligt udkast til politiske visioner og mål for Sundhedsaftalen 2015 - 2018

Godkendt af Sundhedskoordinationsudvalget 5. september 2014



## Indledning

Mange borgere, der er syge eller er i risiko for at blive ramt af sygdom, kan have brug for en sammenhængende indsats fra både kommuner, hospitaler og praksissektor. Et velfungerende og forpligtende samarbejde mellem alle parter på sundhedsområdet er med til at understøtte, at borgeren får en positiv oplevelse af sit forløb og i sidste ende kan blive enten rask eller få hjælp til at leve bedre med sin sygdom.

Med denne tredje generation af sundhedsaftaler vil vi bygge videre på de gode erfaringer, som vi har fra de to foregående sundhedsaftaler. Vi vil sikre en fokuseret indsats gennem få og klare mål. Vi vil sætte borgeren i centrum og rette vores fokus mod de effekter, borgeren skal opleve, som følge af de aftaler, som vi indgår.

Vi skal blive endnu bedre til at tilbyde borgeren indsatser af ensartet høj kvalitet, samt til at styrke koordinering, kommunikation og udviklingen af nye samarbejdsformer der sikrer effektive og sømløse forløb.

I den fortsatte udvikling af vores fælles opgaver om mest mulig sundhed for borgerne, vil vi tage afsæt i en forebyggende tilgang. Vi vil sætte yderligere fokus på den langsigtede borger- og patientrettede forebyggelse og på den tidlige opsporing og tidlige indsats overfor borgere, der er i risiko for at udvikle somatisk og/eller psykisk sygdom. Vores fælles udgangspunkt er, at færre borgere skal udvikle kronisk sygdom eller have langvarige sygdomsforløb.

Borgere, der har en langvarig eller kronisk somatisk eller psykisk sygdom, skal opleve, at alle indsatser i det samlede sundhedsvæsen tilrettelægges ud fra en rehabiliterende tilgang. Vi vil gennem hele forløbet understøtte, at borgeren kan fastholde det bedst mulige funktionsniveau, og vi vil tilrettelægge vores indsatser på en måde, der sikrer mindst mulig indgriben i borgerens hverdagsliv. Vi vil derfor indrette vores tværsektorielle samarbejde således, at opgaven altid løses med høj kvalitet, sammenhæng for borgeren og effektiv ressourceudnyttelse

## Fire politiske visioner

Vi vil i denne sundhedsaftale særligt arbejde for at bringe borgere, herunder pårørendes viden og ressourcer bedre i spil i eget forløb og i udviklingen af det sammenhængende sundhedsvæsen. Derudover vil vi sætte særligt fokus på vores samarbejde omkring indsatser for de mest sårbare og udsatte borgere. Vores indsats skal tilrettelægges således, at den bidrager til at nedbringe ulighed i sundhed.

Derfor ønsker vi at fokusere på følgende fire visioner i denne sundhedsaftale:

- At borgerne oplever at være samarbejdspart i eget forløb og medvirker i udviklingen af det sammenhængende sundhedsvæsen
- At udvikle og udbrede nye samarbejdsformer.
- At sundhedsvæsenet bidrager til at skabe mere lighed i sundhed
- At borgeren selv oplever høj kvalitet og sammenhæng i indsatsen

Til hver af de fire visioner er der beskrevet målsætninger for sundhedsaftalen. Målsætningerne udmøntes i mere konkrete indsatser i den administrative del af sundhedsaftalen, hvor det også fremgår, hvordan der følges op på målene.

### Opfølgning på aftalen

I Sundhedsstyrelsens vejledning anbefales, at Sundhedskoordinationsudvalget udarbejder en plan for sundhedsaftalens implementering. Forslag til overordnet implementeringsplan vil derfor være indarbejdet i den administrative del af aftalen. Herunder vil der også indgå specifikke indikatorer, som skal understøtte den konkrete opfølgning på målsætningerne.

Sundhedskoordinationsudvalget skal endvidere én gang årligt følge op på sundhedsaftalen og vurdere behovet for at revidere dens indhold. Opfølgningen vil blandt andet ske gennem temadrøftelser i en bred kreds af politiske nøgleinteressenter.

### Læsevejledning

Den politiske del af sundhedsaftalen er opdelt i fire temaer med tilhørende vision. Under hver vision er beskrevet en række særligt prioriterede målsætninger, som vi i fællesskab skal arbejde hen imod. Det er derefter beskrevet, hvordan det tværsektorielle samarbejde skal udvikles i aftaleperioden med henblik på at nå målsætningerne.

I sundhedsaftalens administrative del beskrives, hvordan målsætningerne operationaliseres i konkrete indsatser og hvordan, der måles og følges op på indsatsernes effekt og fremdrift.



## Aktivt og inddragende samarbejde med borgerne

Vi vil understøtte, at borgere herunder pårørende har mulighed for at være aktive samarbejdsparter i den enkelte borgers individuelle forløb. Det aktive og inddragende samarbejde med borgere bidrager til, at indsatsen i højere grad bliver målrettes borgerens samlede situation og ressourcer. Samtidig kan det medvirke til at styrke borgerens mulighed for at mestre egen sygdom og selv bidrage i eget forløb.

Vi skal i fællesskab sikre, at borgerne anvender deres unikke viden om, hvordan det er at være bruger i sundhedsvæsenet, til at bidrage til udvikling af det samlede sundhedsvæsen.

### **Vores vision er:**

*At borgerne er og oplever at være samarbejdspart i eget forløb og medvirker i udviklingen af det sammenhængende sundhedsvæsen*

### **I aftaleperioden vil vi derfor særligt sætte politisk fokus på:**

#### Målsætninger

- 1) At borgere, herunder pårørende er og oplever at være aktiv samarbejdspart i eget forløb i det omfang, de ønsker det
- 2) At borgere understøttes i at mestre egen sygdom med udgangspunkt i egne ressourcer og behov i hele forløbet med mulighed for særlig støtte til sårbare borgere
- 3) At borgere deltager, når vi træffer beslutninger om, hvordan vi indretter sundhedsvæsenet.

## **Indsatsområder i aftaleperioden**

For at kunne nå i mål med de prioriterede målsætninger skal vi i aftaleperioden videreudvikle samarbejdet på en række områder.

### Samarbejdskultur

Aktivt og inddragende samarbejde stiller særlige krav til de måder, som de fagprofessionelle møder borgeren på. Vi vil derfor udvikle og afprøve modeller for samarbejdet mellem borgere herunder pårørende og fagprofessionelle. Vi vil fokusere på kulturelle og organisatoriske aspekter, der kan understøtte mulighederne for en proaktiv inddragelse af borgere – både i forhold til borgerens individuelle forløb og når borgerne medvirker i udviklingen af det samlede sundhedsvæsen. Her vil vi have særligt fokus på udvikling af differentierede modeller for det aktive samarbejde, som er tilpasset borgere med forskellige behov og ressourcer.

### Telesundhed

Det aktive og inddragende samarbejde i individuelle forløb handler også om at give flere borgere mulighed for at opretholde så almindeligt et liv som muligt på trods af langvarig eller kronisk sygdom. Vi vil derfor understøtte muligheder for sikker behandling, forebyggelse og rehabilitering i eget hjem gennem udbredelse af teknologiske løsninger, der gør det muligt at kommunikere, udveksle data og følge sygdomsspecifikke måleresultater mellem borgere og fagprofessionelle over afstand.

### Organisatorisk samarbejde

Vi skal give borgere herunder pårørende bedre mulighed for at bidrage til udviklingen af det sammenhængende sundhedsvæsen. Deres viden bidrager til at skabe et sundhedsvæsen, som borgerne oplever som inddragende og sammenhængende. Men det kræver noget at indgå i samarbejde – både af repræsentanterne for borgerne og sundhedsvæsenet. Vi vil gennem en fælles indsats skabe de rette rammer for samarbejdet med borgerne i udviklingen af sundhedsvæsenet, herunder i de relevante samarbejdsfora.

## Nye og bedre samarbejdsformer

Vi ønsker at skabe større fleksibilitet og kvalitet i opgaveløsningen, så borgerne oplever, at forebyggende, behandlende og rehabiliterende indsatser er sammenhængende, og at der arbejdes efter fælles mål. I de to foregående sundhedsaftaler har vi i vid udstrækning fokuseret på at etablere en samarbejdsstruktur mellem parterne og på at udvikle samarbejdet ud fra en stafet-tankegang, hvor der skabes koordination mellem indsatserne i kommuner, på hospitaler og i praksissektoren. Vi skal fortsat arbejde med at styrke koordination og samarbejde på tværs i sundhedsvæsenet, men vi må også erkende, at den sektoropdelte opgaveløsning især ikke tilgodeser sårbare borgeres behov.

I denne sundhedsaftale vil vi derfor arbejde med at udvikle og afprøve organisationsformer, som passer til den opgave, der skal løses. Vi vil arbejde med udvikling og afprøvning af organisatoriske samarbejdsmodeller, der rummer forskellige grader af integration omkring opgaveløsning, personale, ledelse og økonomi.

### **Vores vision er:**

*At udvikle og udbrede nye samarbejdsformer*

### **I aftaleperioden vil vi sætte særligt politisk fokus på:**

#### Målsætninger

4) At udvikle og implementere nye organisatoriske modeller for fælles drift, mål og samfinansiering på tværs af kommuner, hospitaler og praksissektor med borgeren i centrum

5) At aftale en ramme for, hvordan de regionale og kommunale prioriterede midler til sammenhængende løsninger på sundhedsområdet samlet kan bidrage til at understøtte fælles samarbejdsprojekter, der knytter sig til sundhedsaftalen.

## Indsatser i aftaleperioden

For at kunne nå i mål med de særligt prioriterede målsætninger skal vi i aftaleperioden udvikle samarbejdet på en række områder.

### Nye samarbejdsformer med integrerede indsatser

Vi vil afprøve og implementere nye modeller for integreret opgaveløsning med samdrift af ressourcer og kompetencer på tværs af kommuner, hospitaler og praksissektoren. Det er særlig relevant for samarbejdet om den gruppe af sårbare og udsatte borgere, der modtager samtidig behandling og pleje fra flere sektorer. Vi vil lære af erfaringer fra udlandet, hvor studier viser positive resultater med integrerede behandlings- og plejetilbud – når det gælder behandlingskvalitet, patientsikkerhed, patienttilfredshed og økonomi. Modellerne kan eksempelvis afprøve nye samarbejdsformer om akut/subakutte tilbud, tilbud til mennesker med samtidigt misbrug og psykisk sygdom eller fælles sundhedshuse. Arbejdet med nye modeller for integreret opgaveløsning skal tage højde for de organisatoriske rammer i praksissektoren.

### Midler til prioritering sammenhængende løsninger

I økonomiaftalen 2014 for regioner og kommuner er det aftalt, at begge parter skal prioritere midler til sammenhængende løsninger. Sundhedsaftalen danner rammen for, hvordan disse midler anvendes, og vi vil på baggrund af drøftelser i Sundhedskoordinationsudvalget sikre en tæt koordinering af midler til sammenhængende løsninger på sundhedsområdet.

## Lighed i sundhed

Let og lige adgang er et grundlæggende princip i det danske sundhedsvæsen. Alligevel er der borgere, som ikke bliver tilbudt de indsatser, de har behov for, eller som har svært ved at tage imod indsatserne, hvilket betyder at de ikke får det optimale udbytte af behandlingen. Vi vil derfor udvikle og gennemføre tiltag, der skaber mere lighed i sundhed. Samtidig vil vi sikre, at sundhedsvæsenet ikke selv bidrager til at øge uligheden.

Vi er i fællesskab parate til at tilbyde differentierede og systematiske indsatser, der sikrer alle borgere bedst mulig kvalitet og udbytte af indsatserne i det samlede sundhedsvæsen. Sårbare og udsatte borgere skal støttes gennem målrettede indsatser, der har fokus på at sikre adgang til og fastholdelse i forebyggelse, behandling, pleje og rehabilitering. Også samarbejdet med det sociale område skal styrkes.

### **Vores vision er:**

*At sundhedsvæsenet bidrager til at skabe mere lighed i sundhed*

### **I aftaleperioden vil vi sætte særligt politisk fokus på:**

#### Målsætninger

6) At flere sårbare borgere sikres en tidlig og forebyggende indsats, der er målrettet deres behov og ressourcer.

7) At borgere med både psykisk sygdom og misbrug sikres en samtidig og koordineret indsats

8) At borgere med psykisk sygdom får flere gode leveår

## Indsatser i aftaleperioden

For at kunne nå i mål med de særligt prioriterede målsætninger skal vi i aftaleperioden udvikle samarbejdet på en række områder.

### Forebyggelse og tidlig opsporing

Forebyggelse og tidlig opsporing af risikofaktorer for udvikling af sygdom er væsentlig, når lighed i sundhed skal sikres, og særlig vigtigt i forhold til sårbare og udsatte grupper. De praktiserende læger har en nøgelfunktion, men der er mange andre vigtige aktører blandt andet på svangreområdet, i sundhedsplejen, i behandlings- og socialpsykiatrien og i ældreomsorgen. Vi vil derfor sætte fokus på at fremme en kultur, som i udgangspunktet tænker forebyggende og opsporende.

Særligt vil vi lægge vægt på forebyggelse og behandling af livsstilssygdomme hos borgere med psykisk sygdom således, at borgere med psykisk sygdom får samme adgang til forebyggelsestilbud og genoptræning som andre borgere. Indsatserne skal bl.a. tilrettelægges på baggrund af den regionale sundhedsprofil.

### Målrettede indsatser

Alle borgere skal have den indsats, der giver det bedst mulige behandlingsresultat og den bedste mulighed for at borgeren efterfølgende kan mestre sin egen sygdom og livssituation. Vi vil i aftaleperioden udvikle og afprøve differentierede indsatser, det vil sige indsatser, der er tilpasset målgrupperne. Vi vil også videreudvikle redskaber til stratificering af patienter og borgere.

### Sammenhæng mellem sundheds-, social- og beskæftigelsesområdet

Støtte til sårbare og udsatte borgere er en kompleks opgave, da mange både har sociale og sundhedsfaglige problemstillinger. Øget lighed i sundhed forudsætter derfor en tæt og koordineret indsats mellem mange aktører i sundhedsvæsenet og et nært samarbejde med social- og beskæftigelsesområdet i kommunerne. Hospitaler, kommuner og praksissektor skal sammen tage udgangspunkt i borgerens samlede situation, behov og ressourcer og sikre, at rehabilitering er indtænkt i hele forløbet. Vi vil i aftaleperioden derfor udvikle en model, der kan styrke samarbejdet i forhold til borgere, der sideløbende har behov for indsatser på tværs af sundheds-, social-, undervisnings- og uddannelses- samt beskæftigelsesområdet.

### Kompetenceudvikling og forskning

Der er fortsat et stort behov for viden om, hvilke målrettede indsatser, som virker bedst i forhold til at øge sundhedstilstanden for sårbare og udsatte grupper. Vi vil prioritere et mindre antal større forsknings- og udviklingsprojekter om lighed i sundhed, herunder f.eks. projekter om opsporing og fastholdelse i behandling og rehabilitering. Vi vil også i fællesskab styrke tilbud om kompetenceudvikling med fokus på ulighed i sundhed, som f.eks. kan udbydes som en del af en systematisk kompetenceudvikling på tværs af sektorer og på tværs af både sundheds- og socialområdet.

## Sammenhæng og kvalitet

Et af de centrale formål med sundhedsaftalen er i samarbejde med borgerne at tilbyde den enkelte borger en indsats, der er sammenhængende og af høj kvalitet. Også den foregående sundhedsaftale har haft fokus på sammenhæng og kvalitet, og der er gjort en stor indsats på området. Alligevel er det stadig ikke alle borgere, som oplever overgange i sundhedsvæsenet som sømløse. Samtidig er der et potentiale for at anvende ressourcerne i det samlede sundhedsvæsen bedre ved at borgerne får det rette tilbud på det rette niveau. Vi skal derfor fokusere endnu mere på at udvikle det fælles ansvar for at skabe sammenhæng og kvalitet for og med borgerne. Særligt skal vi udvikle samarbejdet om de borgere, der er mest sårbare og udsatte, og som kan have komplekse behov, og hvor koordinering af indsatserne på tværs af sektorerne kræver særlig opmærksomhed.

### **Vores vision er:**

*At borgeren selv oplever høj kvalitet og sammenhæng i indsatsen*

### **I aftaleperioden vil vi sætte særligt politisk fokus på:**

#### Målsætninger

9) At borgerne sikres høj kvalitet og en koordineret indsats i forebyggelse, behandling og pleje samt rehabilitering uanset, hvor i sundhedsvæsenet opgaven løses

10) At færre borgere indlægges og genindlægges på hospital, hvor det kan forebygges gennem en tidlig og koordineret indsats

11) At borgere med samtidig psykisk og somatisk sygdom oplever en sammenhængende og koordineret indsats.

## Indsatsområder i aftaleperioden

For at kunne nå i mål med de prioriterede målsætninger skal vi i aftaleperioden videreudvikle samarbejdet på en række områder.

### Ensartet høj kvalitet

Vi skal arbejde for at sikre ensartet og høj kvalitet i de tilbud, som borgerne får. Derfor vil vi videreudvikle et kvalitetsarbejde, der kan give fælles forståelse af kvalitetsbegrebet mellem kommuner, hospitaler og praksissektor. Vi vil udvikle fælles kvalitetsmål og -standarder med afsæt i tilgængelig viden om evidens eller best practice. Udvikling af kvalitet i samarbejdet indebærer, at vi systematisk arbejder med muligheder for at dele kvalitetsdata og følge op med handling og justering af indsatser. Som led i kvalitetsudviklingen vil vi samarbejde om at styrke formidling af resultater fra forskningsprojekter og evalueringer af fælles projekter, men også understøtte, at der produceres ny viden.

### Koordination i det sammenhængende forløb

Sammenhængende forløb af høj faglig kvalitet forudsætter koordineret og tæt dialog mellem hospitaler, kommuner og praksissektoren. Implementeringen af Kommunikationsaftalen i 2012 har forbedret samarbejdet om somatiske patienter, der indlægges og udskrives fra hospital. Der er imidlertid behov for udvikling af lignende aftaler, der omfatter somatiske patienter i ambulante forløb, børneområdet og hele psykiatriområdet.

Der er også behov for, at videreudvikle modeller, der sikrer bedre koordination og samarbejde om sårbare borgere med komplekse forløb, herunder borgere med multisygdom. Kommunerne modtager i højere grad end tidligere borgere, der er færdigbehandlet på hospitalet, men som fortsat har komplekse problemstillinger. Det stiller flere krav til de sygeplejefaglige kompetencer i kommunerne og giver større behov for lægefaglig rådgivning. Vi vil derfor blive bedre til at bruge hinandens kompetencer og række ud over sektorovergange i det daglige arbejde i form af bl.a. nem adgang til rådgivning, udgående funktioner fra hospitalerne, samt følge-op og følge-hjem ordninger. Derudover vil vi styrke samarbejdet mellem kommuner og almen praksis bl.a. om borgere på kommunale akut/subakutte pladser og om borgere, der anvender mange slags medicin.

### IT og digitalisering

Sammenhæng og kvalitet i borgernes forløb forudsætter velfungerende digitale løsninger, hvor det sundhedsfaglige personale i kommuner, på hospitaler og i praksissektoren har let adgang til relevante oplysninger. Derfor skal der fortsat arbejdes med mulighederne for at dele data på tværs. I aftaleperioden skal vi øge brugen af eksisterende IT-løsninger og understøtte de nationale tiltag om Sundheds-IT, herunder bl.a. fuld implementering af det Fælles Medicinkort. Herudover er der behov for at intensivere arbejdet med generel it-understøttelse af forløb på tværs af sektorer og særligt understøttelse af forløb for borgere med samtidige somatiske, psykiske og sociale problemstillinger.



#### Systematisk kompetenceudvikling på tværs af sektorer

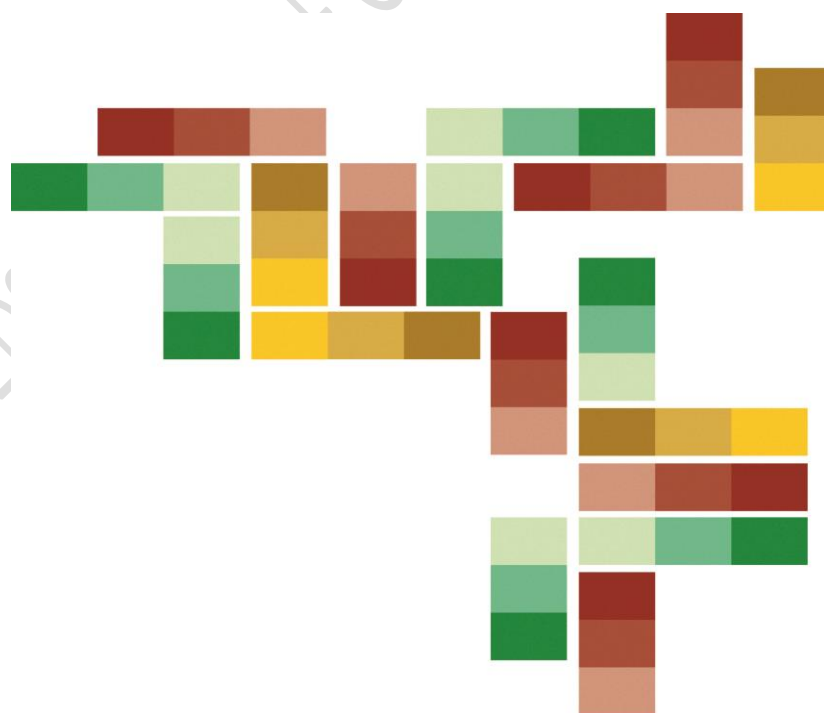
Vi skal bygge bro mellem kompetencerne i kommuner, på hospitaler og i praksissektoren. Der skal arbejdes med udvikling og systematisk udbredelse af fælles kompetenceudvikling. Vi vil bygge videre på indhøstede erfaringer og integrere kompetenceudviklingsindsatserne mere. Herunder vil vi afprøve modeller med rotations- og delestillinger på tværs af kommuner og hospitaler.

#### Rådgivning på tværs af sektorer

Regionens faglige ekspertise skal komme det samlede sundhedsvæsen til gode. Regionens rådgivning generelt – og særligt på forebyggelsesområdet – skal i højere grad tilpasses kommunernes behov. Vi skal målrette regionens faglige rådgivning i forhold til de forebyggende indsatser. Vi skal konkretisere rammerne for den faglige rådgivning og for den udveksling af viden på tværs af sektorer, som er vigtig for den daglige håndtering af konkrete borgerforløb. Det kan f.eks. omfatte en formaliseret og systematisk rådgivningsfunktion, hvor regionen yder faglig rådgivning til praksissektoren eller til kommunerne vedrørende borgere med sjældne sygdomme og særligt komplekse pleje- og rehabiliteringsbehov.

# Endeligt udkast til Sundhedsaftalen 2015 - 2018 – administrativ afdeling

Godkendt af Sundhedskoordinationsudvalget 25. november 2014





## Indholdsfortegnelse

Kapitel 1: Organisering, implementering og opfølgning .....	5
1.1 Den politiske og administrative organisering af samarbejdet om sundhedsaftalen.....	5
1.2 Implementeringsplan og opfølgning på sundhedsaftalen.....	6
1.2.1 Indikatorer .....	6
1.2.2 Sundhedskoordinationsudvalget opgaver.....	7
1.2.3 Den administrative styregruppes opgaver .....	7
1.3 Supplerende aftaler om lokale fælles indsatser og fælles udviklings- og forskningsprojekter .....	8
1.4 Kapacitetstilpasning.....	8
1.5 Bilag .....	8
Kapitel 2: Borgeren som aktiv samarbejdspart .....	9
2.0 Politiske målsætninger og indikatorer.....	9
2.1 Aktivt samarbejde med den enkelte borger om eget forløb.....	10
2.2 Samarbejdet med borgere om udviklingen af sundhedsvæsenet .....	11
Kapitel 3: Nye og bedre samarbejdsformer .....	12
3.0 Politiske målsætninger og indikatorer .....	12
3.1 Afprøvning og udvikling af nye modeller med fælles drift .....	12
Kapitel 4: Lighed i sundhed.....	14
4.0 Politiske målsætninger og indikatorer .....	14
4.1 Differentierede indsatser .....	15
4.1.1 Identifikation af sårbare borgere .....	15
4.1.2 Differentierede indsatser til borgere med kronisk sygdom/multisygdom.....	15
4.2 Særlige målgrupper .....	16
4.2.1 Sårbare gravide og nyfødte i sårbare familier .....	16
4.2.2 Borgere med samtidig psykisk sygdom og et skadeligt forbrug af rusmidler .....	17



# Endeligt udkast – Sundhedsaftalen 2015 - 2018 – administrativ del

4.2.3 Styrket fokus på sundhedsindsatser til særligt udsatte borgere.....	17
Kapitel 5: Sammenhæng og kvalitet.....	18
.....	18
5.0 Politiske målsætninger og indikatorer .....	18
5.1 Tværgående indsatsområder .....	19
5.1.1 Monitorering af tværsektorielt samarbejde og kvalitetsdata .....	19
5.1.2 Sundheds-it og digitale arbejdsgange .....	20
5.1.3 Tværsektorielt samarbejde om patientsikkerhed .....	22
5.1.4 Fokus på kronisk sygdom.....	23
5.1.5 Rådgivning på tværs af sektorer .....	24
5.1.6 Rammedelegationer i forbindelse med kommunale tilbud .....	26
5.1.7 Samarbejde om opgaveoverdragelse .....	26
5.1.8 Forskning .....	26
5.2 Forebyggelse.....	28
5.2.1 Synlighed og sammenhæng mellem indsatser .....	28
5.2.2 Samarbejde om gravide og nyfødte .....	29
5.2.3 Forebyggende sundhedsydelse til børn og unge .....	29
5.2.4 Tidlig opsporing og indsats over for psykisk mistrivsel blandt børn og unge.....	30
5.2.5 Børn og unge som pårørende.....	30
5.2.6 Forebyggelses- og behandlingstilbud til borgere med afhængigt forbrug af rusmidler og deres familier.....	30
5.2.7 Børn i familier med misbrugsproblemer .....	31
5.2.8 Tidlig opsporing af unge og voksne med psykisk sygdom .....	31
5.2.9 Tidlig opsporing af somatisk sygdom hos borgere med psykisk sygdom .....	32
5.2.10 Tidlig opsporing og indsats vedr. KOL og børneastma .....	32
5.3 Behandling og pleje .....	33
5.3.1 Samarbejde og kommunikation .....	33



## Endeligt udkast – Sundhedsaftalen 2015 - 2018 – administrativ del

5.3.2 Forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser.....	34
5.3.3 Den gode udskrivelse som forebyggelse af genindlæggelser.....	36
5.3.4 Tværsektorielt samarbejde om medicin.....	37
5.3.5 Særlige målgrupper .....	37
5.4 Genoptræning og rehabilitering.....	40
5.4.1 Koordination og tidlig indsats.....	41
5.4.2 Kommunikation .....	41
5.4.3 Fokus på faglig kvalitet .....	42
5.4.4 Arbejdsdeling og opgaveansvar.....	43
5.4.5 Samarbejde på fysioterapiområdet.....	43

UDKAST TIL SUNDHEDSAFTALE - GODKENDT AF SKU



## Administrativ aftale

Aftalen er gældende fra 1. februar 2015. Sundhedsaftalen består af en politisk aftale og en administrativ aftale.

Den politiske aftale beskriver vores fælles visioner og politiske målsætninger for videreudvikling af vores samarbejde om snitflader og de opgaver, som vi deler på sundhedsområdet.

I den administrative aftale er de politiske målsætninger og visioner konkretiseret og uddybet i forhold til bl.a. de obligatoriske indsatsområder og målgrupper (jf. bekendtgørelse og vejledning om sundhedskordinationsudvalg og sundhedsaftaler), der ikke er omtalt specifikt i den politiske del af aftalen. Den administrative aftale udgør således rammen for det konkrete udviklings- og drifts-samarbejde mellem kommuner, hospitaler og praksissektoren.

Aftalen omfatter alle borgere med en eller flere forbigående eller kroniske sygdomme og/eller funktionsnedsættelser, som har behov for sammenhængende indsatser på tværs af sektorerne - enten samtidigt eller i forlængelse af hinanden. Herudover indeholder aftalen målsætninger om indsatser for specifikke grupper af sårbare og udsatte borgere, hvor der er behov for et særligt fokus på at sikre kvalitet og sammenhæng.

Arbejdet med realiseringen af sundhedsaftalens visioner og målsætninger sker inden for de økonomiske rammer, der fastlægges ved de årlige budgetvedtagelser i Region Hovedstaden og de 29 kommuner i regionen.

De konkrete aftaler for arbejdet med implementering af sundhedsaftalens målsætninger fastlægges i en årlig implementeringsplan, der godkendes af Sundhedskordinationsudvalget. Proces for udarbejdelse og godkendelse af implementeringsplanen er beskrevet i afsnit 1.2.

Private leverandører (f.eks. hospice, private leverandører af kommunal hjemmepleje og privathospitaler) der leverer offentligt finansierede sundhedstilbud, er inden for relevante områder omfattet af sundhedsaftalen. Region Hovedstaden og kommunerne sikrer hver især, at de private leverandører kender til indholdet i sundhedsaftalen – herunder implementeringsplanerne – samt at de efterlever sundhedsaftalen i relevant omfang.

Region Hovedstaden og kommunerne er enige om, at et gensidigt forpligtende samarbejde med almen praksis er et helt centralt fokusområde i sundhedsaftalen. Region Hovedstaden og kommunerne har derfor stort fokus på at sikre den nødvendige sammenhæng mellem sundhedsaftalen og praksisplanen således, at sundhedsaftalens intentioner udfoldes i praksisplan for almen praksis og de relaterede aftaler for herigennem at sikre, at sundhedsaftalens mål og visioner implementeres.



## Kapitel 1: Organisering, implementering og opfølgning

Dette kapitel indeholder en beskrivelse af, hvordan samarbejdet omkring sundhedsaftalen er organiseret politisk og administrativt, samt hvordan parterne følger op på sundhedsaftalen med afsæt i udvalgte indikatorer og ud fra en implementeringsplan. Desuden er der en kort beskrivelse af, hvor det kan være relevant at indgå supplerende lokale aftaler samt et afsnit om koordination af kapacitet.

### **1.1 Den politiske og administrative organisering af samarbejdet om sundhedsaftalen**

#### **Den politiske organisering af samarbejdet**

Det politiske samarbejde om implementering af sundhedsaftalen er forankret i Sundhedskoordinationsudvalget.

I det konkrete arbejde med implementering af sundhedsaftalen vil Sundhedskoordinationsudvalget sikre systematisk dialog med de kommuner, der ikke er repræsenteret i udvalget. Herunder vil udvalgets godkendelse af den årlige implementeringsplan for sundhedsaftalen ske på baggrund af en forudgående dialog med alle kommuner via KKR-Hovedstaden (Kommune Kontakt-Råd).

Sundhedskoordinationsudvalget vil ligeledes sikre en løbende dialog med Praksisplanudvalget og Patientinddragelsesudvalget om implementeringen af sundhedsaftalen.

Sundhedskoordinationsudvalget vil understøtte udveksling af information med de øvrige Sundhedskoordinationsudvalg i de andre regioner med henblik på deling af relevant viden og understøttelse af nye nationale initiativer.

#### **Den administrative organisering af samarbejdet**

Arbejdet med konkretisering og implementering af den foregående sundhedsaftale har været forankret i en samarbejdsstruktur, der var bygget op omkring en administrativ styregruppe, samordningsudvalg, udviklingsgrupper og arbejdsgrupper.

Vi vil videreudvikle den administrative organisering, så den bedst muligt understøtter implementering af sundhedsaftalen 2015-2018, samtidig med at organiseringen er ressourceeffektiv. Vi bibeholder en administrativ styregruppe, der bl.a. skal sikre den overordnede koordinering af arbejdet med implementering af sundhedsaftalen. Herudover sigtes mod, at den eksisterende organisering



## Endeligt udkast – Sundhedsaftalen 2015 - 2018 – administrativ del

af sundhedsaftalearbejdet forenkles samtidig med, at organiseringen skal afspejle den nye integration af somatik og psykiatri i sundhedsaftalen. Der vil også være et særligt fokus på, hvordan det tværsektorielle samarbejde på børneområdet tilgodeses i organiseringen. Parterne vil primo 2015 aftale en administrativ organisering, som forventes at tage udgangspunkt i en model med samordningsudvalg, og som led heri bl.a. tage stilling til behovet for etablering af permanente og/eller tidsbegrænsede udviklings- og arbejdsgrupper.

### **1.2 Implementeringsplan og opfølgning på sundhedsaftalen**

#### **1.2.1 Indikatorer**

For at understøtte den konkrete opfølgning på målsætningerne i sundhedsaftalen er der udvalgt en række specifikke indikatorer, der dels rummer de politiske visioner og dels de obligatoriske indsatsområder. Opfølgning på indikatorerne sker årligt i Sundhedskoordinationsudvalget og som en del af opfølgningen på implementeringsplanen for sundhedsaftalen.

Indikatorerne er udpeget under hensyntagen til, hvad der på nuværende tidspunkt er muligt at måle ud fra eksisterende registreringer og datakilder, og til at de i videst mulig udstrækning siger noget om effekt for borgeren. Resultatet er 11 indikatorer, der repræsenterer såvel proces- som effektindikatorer. Indikatorerne er beskrevet i de relevante kapitler.

Parterne er opmærksomme på, at det ikke har været muligt at vælge et sæt af indikatorer, der dækker hele sundhedsaftalen. Dette gælder blandt andet i forhold til visionen om borgeren som aktiv samarbejdspart, hvor det ikke har været muligt at pege på relevante indikatorer, der umiddelbart er målbare. Parterne er derfor enige om, at man tidligt i aftaleperioden vil arbejde med at udvikle indikatorer også for dette område.

Det er endvidere aftalt, at der i forbindelse med den årlige opfølgning på indikatorerne i Sundhedskoordinationsudvalget skal ske en vurdering af, om de valgte indikatorer fungerer efter hensigten, samt om mulighederne for opfølgning på aftalen kan styrkes gennem nye eller justerede indikatorer – vurderingen skal ske under hensyntagen til behovet for kontinuitet i forbindelse med opfølgningen.

Det skal bemærkes, at der udover ovennævnte udvalgte indikatorer for nærværende sundhedsaftale fortsat måles på en række indikatorer, der indgår i de løbende ledelsesinformationsdata (LIS-data) jf. afsnit 5.1.1.





## Endeligt udkast – Sundhedsaftalen 2015 - 2018 – administrativ del

### 1.2.2 Sundhedskoordinationsudvalget opgaver

Sundhedskoordinationsudvalget skal jf. gældende bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler følge op på sundhedsaftalen, herunder én gang årligt gennemgå aftalen og vurdere behovet for at revidere aftalen.

Sundhedskoordinationsudvalgets opfølgning vil foregå med afsæt i de udvalgte indikatorer og ud fra en implementeringsplan for sundhedsaftalen, som udarbejdes en gang årligt og første gang i umiddelbar forlængelse af aftalens indgåelse.

Implementeringsplanen skal sikre en hensigtsmæssig prioritering af opgaverne og sikre at opgavevaretagelsen tilrettelægges på en måde, som understøtter effektiv udnyttelse af ressourcerne i både kommunerne og regionen. Herunder skal der være løbende fokus på at sikre relevant sammenhæng i arbejdet med at udvikle, konkretisere og implementere de enkelte indsatser.

Implementeringsplanen vil beskrive formålet med indsatserne, organisatorisk forankring, ansvar for igangsættelse og gennemførelse samt tidsplan for indsatserne. Implementeringsplanen skal ligeledes understøtte parternes mulighed for at få overblik over økonomien i forbindelse med implementeringen af de aftalte indsatser. Endelig vil implementeringsplanen beskrive, hvilke indikatorer indsatsen har til formål at påvirke (se skitse til implementeringsplan i bilag).

Med afsæt i opfølgningen vil udvalget ligeledes hvert år i 2. kvartal have en indledende drøftelse af en implementeringsplan for det næstfølgende kalenderår. Herunder tager udvalget stilling til et eventuelt behov for at revidere sundhedsaftalen.

Tiltrædelse af implementeringsplan for det næstfølgende kalenderår vil ske på et møde i Sundhedskoordinationsudvalget ultimo oktober måned efter kommunernes og regionens vedtagelse af budgettet for det følgende år.

### 1.2.3 Den administrative styregruppes opgaver

Den administrative forberedelse og den løbende opfølgning på implementeringsplanen varetages af Den administrative styregruppe for sundhedsaftalen.

Den administrative styregruppe har ligeledes ansvaret for godkendelse af de konkrete opgavekommissorier, der skal udarbejdes forud for igangsætning af nye indsatser.

Den administrative styregruppe har endvidere ansvar for systematisk at vurdere, om implementering af de enkelte indsatser fordrer iværksættelse af nye tværgående indsatser. Herunder skal Den administrative styregruppe systematisk vurdere behov for fælles kompetenceudvikling, herunder f.eks. indsatser i forhold til faglig vidensopbygning og læring eller understøttelse af kulturbærende elementer, der styrker samarbejdet med såvel borgere som øvrige samarbejdspartner.



## Endeligt udkast – Sundhedsaftalen 2015 - 2018 – administrativ del

### **1.3 Supplerende aftaler om lokale fælles indsatser og fælles udviklings- og forskningsprojekter**

Region Hovedstaden og kommunerne er enige om, at det kan være relevant at indgå supplerende lokale aftaler mellem en eller flere kommuner og regionen om etablering af fælles indsatser, der f.eks. er betinget af geografiske forhold.

Parterne er endvidere enige om, at der skal være et råderum, som understøtter mulighed for, at en eller flere kommuner sammen med hospital(er) og/eller praksissektoren kan iværksætte innovations-, udviklings- og forskningsprojekter i forhold til afprøvning af nye løsninger for varetagelse af de fælles opgaver på sundhedsområdet.

### **1.4 Kapacitetstilpasning**

Sundhedsaftalen 2015-2018 skal være med til at sikre en bedre udnyttelse af ressourcerne og større fleksibilitet i opgavevaretagelsen på tværs af kommuner, hospitaler og praksissektoren. Sundhedsaftalen skal understøtte princippet om, at både penge og personale anvendes på den bedste måde med fokus på effektiv ressourceudnyttelse og høj kvalitet. Aftalen skal desuden være med til at sikre en hensigtsmæssig sundhedsplanlægning og dimensionering af indsatserne.

Det betyder, at kommuner, hospitaler og praksissektoren i den nye aftaleperiode skal arbejde tæt sammen om at udvikle tilbuddene tæt på borgerens hverdagsliv, og at der løbende foregår en stratificering og vurdering af borgerne med henblik på at tilbyde dem det rette sundhedstilbud på rette niveau.

Af hensyn til koordinering af kapacitet mellem sektorerne betyder det også, at kommuner, hospitaler og praksissektoren så tidligt som muligt skal informere hinanden om ændringer i aktivitetsmønstret og nye tiltag, der kan have betydning for kapacitetsplanlægningen i de andre sektorer. Det handler bl.a. om væsentlige ændringer i behandlingsmetoder eller aktiviteten på hospitalet og/eller i praksissektoren og ændringer i f.eks. hjemmesygeplejen og kommunale akutte indsatser. Det er den myndighed, der har opgaven, som også har ansvar for at sikre den fornødne kapacitet. Det gælder også, hvor driften af et offentligt sundhedstilbud varetages af private leverandører.

Regionen skal i muligt omfang levere relevante data om hospitalernes og almen praksis' aktivitet, og kommunerne skal i muligt omfang levere relevante data om f.eks. tilbud inden for forebyggelse, rehabilitering, genoptræning og hjemmesygepleje.

### **1.5 Bilag**

Der er i tilknytning til den foregående sundhedsaftale udarbejdet en række bilag, der blandt andet indeholder vores fælles vejledninger, opgavekommissorier og konkrete aftaler om håndtering af specifikke opgaver og overgange mellem sektorerne.

Disse bilag videreføres til denne sundhedsaftale indtil anden beslutning foreligger. Ved ændringer af de eksisterende bilag orienteres alle relevante parter herom.



## Endeligt udkast – Sundhedsaftalen 2015 - 2018 – administrativ del

### Kapitel 2: Borgeren som aktiv samarbejdspart

#### 2.0 Politiske målsætninger og indikatorer

##### *Politiske målsætninger:*

1. *At borgere, herunder pårørende er og oplever at være aktiv samarbejdspart i eget forløb i det omfang, de ønsker det*
2. *At borgere understøttes i at mestre egen sygdom med udgangspunkt i egne ressourcer og behov i hele forløbet med mulighed for særlig støtte til sårbare borgere*
3. *At borgere deltager, når vi træffer beslutninger om, hvordan vi indretter sundhedsvæsenet.*

##### *Indikatorer:*

- Det er et nyt indsatsområde i sundhedsaftalen, og der skal udvikles en indikator for borgeren som aktiv samarbejdspart, som det er muligt at måle på.

Borgerens indsigt og medvirken er essentiel for en vellykket forebyggelse, behandling, genoptræning og rehabilitering og for et ligeværdigt samspil mellem professionelle og borgere. Aktivt samarbejde med borgere handler om at bringe borgerens ønsker og viden i spil og øge den enkeltes oplevelse af autonomi og evne til at mestre og øve selvbestemmelse over egen sygdom og eget forløb. Ved at anvende borgerens viden og ressourcer, herunder borgerens netværk, skabes der en bedre effekt af indsatsen, men også en bedre borgeroplevet kvalitet.

Aktivt samarbejde med borgere kræver, at beslutninger, der har betydning for det enkelte menneskes liv, træffes sammen med vedkommende. Det indebærer, at vi aktivt tager højde for borgerens perspektiver og inviterer til samarbejde - lige fra mødet med den enkelte borger til udviklingen af organisationerne. Det forudsætter en kultur med respekt for, at borgerne ønsker varierende grader af indflydelse på egne forløb og i varierende grad har mulighed for at mestre hverdagen. For at sikre borgerne lige muligheder for at indgå i et aktivt samarbejde skal vi derfor også differentiere indsatserne, så borgernes forskelligheder tilgodeses.



## Endeligt udkast – Sundhedsaftalen 2015 - 2018 – administrativ del

Borgeren som aktiv samarbejdspartner er et udviklingsområde i sundhedsaftalen, og understøttelse af dette samarbejde er et gennemgående fokus i hele sundhedsaftalen. Kommuner, hospitaler og praksissektoren har i dag et stærkt fokus på at samarbejde med borgerne, men det tager lang tid at foretage den nødvendige kulturelle og organisatoriske omlægning. Indsatserne omkring aktivt samarbejde med borgere er derfor beskrevet mere overordnet end andre indsatser i sundhedsaftalen.

Vi er enige om, at der i denne aftaleperiode er behov for at bygge ovenpå og udvikle arbejdet, bl.a. ud fra eksisterende evidens på området og herunder synliggøre erfaringer med det, vi ved, der virker. I aftalen anvendes begrebet borgere som en samlet betegnelse for alle patient-, bruger- og pårørendegrupper, herunder både børn og voksne.

### **2.1 Aktivt samarbejde med den enkelte borger om eget forløb**

De sundhedsprofessionelle har ansvaret for at sætte de faglige rammer. Men det er den enkelte borger, som er ekspert i sit eget liv. Styrkelse af samarbejdet med den enkelte borger om hans eller hendes forløb kan ske på to niveauer: Dels ved at påvirke kulturelle aspekter af den måde borgeren og den sundhedsprofessionelle mødes, og dels ved at udvikle redskaber, der understøtter borgerens indflydelse på og egenomsorg i eget forløb. Eksempler på dette er patientdagbøger, patientskoler, dialog- og feedbackmøder, fælles beslutningstagen og telesundhedsløsninger, hvor borgeren bl.a. selv kan registrere helbredsoplysninger og kommunikere fleksibelt med sundhedsvæsenet over afstand.

Der er imidlertid behov for på tværs af sektorer at arbejde systematisk med at styrke samarbejdet med den enkelte borger om eget forløb og med at sikre, at gode metoder og redskaber udbredes. Der er også behov for at sikre, at både borgere og sundhedsprofessionelle er klædt på til at indgå i samarbejdet.

#### **Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:**

- Fremme aktivt samarbejde med borgere i alle sektorer ved at prioritere mellem eksisterende aktiviteter og metoder, der kan styrke samarbejdet mellem borgere, herunder pårørende og fagprofessionelle, og tage stilling til udbredelse af projekter, som har vist sig virkningsfulde og effektive.
- Understøtte borgerens indflydelse på og muligheder for egenomsorg, herunder sikker behandling, forebyggelse og rehabilitering i eget hjem gennem udbredelse af telemedicinske indsatser. I arbejdet skal der indledningsvist identificeres og tages stilling til udbredelse og koordinering mellem eksisterende aktiviteter på området for telesundhed.



## Endeligt udkast – Sundhedsaftalen 2015 - 2018 – administrativ del

### **2.2 Samarbejdet med borgere om udviklingen af sundhedsvæsenet**

Vi er enige om, at borgerperspektivet skal være en naturlig del af tilrettelæggelsen af forandringsprocesser, når ydelser og forløb tilrettelægges, og når det giver mening for borgeren at blive involveret. Sundhedsloven fastlægger, at der i hver region skal nedsættes et patientinddragelsesudvalg. Patientinddragelsesudvalget har til formål at bidrage til sikring af borgerperspektivet i det arbejde, der foregår i Sundhedskoordinationsudvalget og Praksisplanudvalget.

Regionen og kommunerne arbejder endvidere allerede på flere områder med det aktive samarbejde omkring udvikling af sundhedsvæsenet, f.eks. når repræsentanter for borgere deltager i projekter, råd eller udvalg, der er med til at kvalificere, udvikle, vurdere og evaluere kulturen, faglighed, praksis, indsatser og løsninger.

Der er imidlertid behov for at indtænke borgerperspektivet mere systematisk i det organisatoriske samarbejde, der omhandler forløb på tværs af sektorer.

#### **Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:**

- Arbejde for en styrkelse af den systematiske involvering af borgere ved udvikling og tilrettelæggelse af det organisatoriske samarbejde, der vedrører tværsektorielle indsatser og forløb.

UDKAST TIL SUNDHEDSAFTALE - GODKENDT AF RÅDET



## Kapitel 3: Nye og bedre samarbejdsformer

### 3.0 Politiske målsætninger og indikatorer

#### *Politiske målsætninger:*

4. *At udvikle og implementere nye organisatoriske modeller for fælles drift, mål og samfinansiering på tværs af kommuner, hospitaler og praksissektoren med borgeren i centrum*
5. *At aftale en ramme for, hvordan de regionale og kommunale prioriterede midler til sammenhængende løsninger på sundhedsområdet samlet kan bidrage til at understøtte fælles samarbejdsprojekter, der knytter sig til sundhedsaftalen.*

#### *Indikator:*

- At vi har afprøvet 2-3 større nye organisatoriske modeller for fælles drift, mål og samfinansiering på tværs af kommuner, hospitaler og praksissektoren.

### 3.1 Afprøvning og udvikling af nye modeller med fælles drift

Vi ønsker, at borgerne skal opleve høj kvalitet og sammenhæng i den forebyggende, behandlende og rehabiliterende indsats, og at der arbejdes efter fælles mål. På en række områder er den tværsektorielle håndtering af opgaveløsningen gennem koordination og samarbejde imidlertid ikke tilstrækkelig til at opnå den kvalitet og sammenhæng for borgeren, der ønskes.

Særligt er der behov for at fokusere på sårbare borgere, der modtager samtidig behandling fra flere sektorer. Det gælder eksempelvis ældre medicinske patienter og nogle grupper af borgere med kroniske sygdomme, som har hyppige genindlæggelser forårsaget af tilstande, der potentielt kunne være forebygget gennem en tidlig og koordineret indsats fra kommune, hospital og almen praksis. Også inden for psykiatrien er der borgere, som er tilknyttet både den regionale psykiatri, praktiserende læge og/eller privatpraktiserende psykiatere, den kommunale misbrugsbehandling og socialpsykiatri, og hvor der er behov for en særlig indsats for at sikre høj kvalitet, sammenhæng for borgeren og effektiv ressourceudnyttelse.



## Endeligt udkast – Sundhedsaftalen 2015 - 2018 – administrativ del

Der er ønske om at afprøve nye organisatoriske løsninger med integrerede tilbud på områder inden for sundhedsaftalens visionsområder, hvor vi i dag har svært ved at tilgodese borgerens behov for udstrakt grad af koordination, samtidighed og fleksibilitet i indsatserne. Der er for disse områder behov for at flytte fokus fra samarbejdsaftaler og en stafetmodel hen mod fælles modeller med partnerskaber på tværs af sektorer og fagområder.

Lokalt i regionen og kommunerne, nationalt og internationalt er man i gang med at afprøve organisatoriske modeller med større eller mindre grad af integration omkring fælles mål, ledelse, organisation, medarbejdere og økonomi. Nationale og internationale erfaringer, herunder bl.a. erfaringer med samarbejde omkring akutfunktioner herunder f.eks. akutpladser, hurtig udredning samt etablering af sundhedshuse, der både indeholder kommunale og regionale sundhedstilbud, skal inddrages i afprøvningen og udviklingen af nye modeller for integrerede opgaveløsninger.

### Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- Aftale principper for arbejdet med integrerede organisatoriske modeller med fælles drift, mål og samfinansiering på tværs af kommuner, hospitaler og praksissektoren.
- Udvælge og afprøve to til tre større modelprojekter ud fra ovennævnte aftale om principper. Der skal i den konkrete projektudvikling tages hensyn til de organisatoriske rammer, der er gældende for praksissektoren.

UDKAST TIL SUNDHEDSAFTALE - GODKENDT





## Kapitel 4: Lighed i sundhed

### 4.0 Politiske målsætninger og indikatorer

#### *Politiske målsætninger*

- 6. At flere sårbare borgere sikres en tidlig og forebyggende indsats, der er målrettet deres behov og ressourcer*
- 7. At borgere med både psykisk sygdom og misbrug sikres en samtidig og koordineret indsats*
- 8. At borgere med psykisk sygdom får flere gode leveår.*

#### *Indikatorer:*

- At middellevetiden for borgere med psykisk sygdom stiger og nærmer sig middellevetiden for befolkningen som helhed i region Hovedstaden

Sundhedsprofilen i Region Hovedstaden viser, at vi har en stor udfordring i forhold til at skabe lighed i sundhed. Uligheden ses i forhold til sundhedsadfærd, risikofaktorer og sygdomsmønstre. Den kan aflæses både som en gradient, hvor der i hele befolkningen er en sammenhæng mellem social position og sundhed, og som en dårlig sundhedstilstand hos mange socialt udsatte og sårbare borgere.

En reduktion af ulighed i sundhed fordrer indsatser på mange niveauer. Herunder også indsatser, der rækker udenfor sundhedsvæsenet. Der er imidlertid enighed om, at der inden for sundhedsaftalens rammer er mulighed for indsatser, der kan bidrage væsentligt hertil. Det centrale er at kunne tilbyde differentierede og systematiske indsatser, der sikrer alle borgere bedst mulig kvalitet og udbytte af indsatserne i det samlede sundhedsvæsen. Lighed i sundhed kan derfor fremmes ved at





## Endeligt udkast – Sundhedsaftalen 2015 - 2018 – administrativ del

give tilbud, der tager udgangspunkt i den enkelte borgers behov, ressourcer og ønsker. Ved konkretisering af de enkelte indsatser kan det præciseres, hvem der er målgruppen, men vi skal samtidig være opmærksomme på at undgå den stigmatisering, der kan ligge i at få et tilbud på baggrund af en bestemt kategorisering af borgere.

Styrkelse af indsatser, der kan fremme mere lighed i sundhed, er et generelt fokusområde i hele sundhedsaftalen. Men det bemærkes, at særligt forebyggelsesafsnittet (5.2) har flere indsatser, der har til formål at fremme lighed i sundhed. Ligesom det findes i afsnit 5.1.8 om forskning.

I dette kapitel fokuseres specifikt på, hvordan målrettede indsatser i det tværsektorielle samarbejde om patientforløb kan bidrage til dels at reducere uligheden i sundhed og dels at undgå at forstærke den sociale ulighed i kontakten med sundhedsvæsenet.

### **4.1 Differentierede indsatser**

Der tilbydes allerede i dag en række differentierede indsatser til borgere med kroniske sygdomme og/eller multisygdom (flere samtidige sygdomme), men denne indsats skal styrkes.

#### **4.1.1 Identifikation af sårbare borgere**

Tidlig opsporing af multisygdom og kronisk sygdom er vigtig for et vellykket behandlings- og rehabiliteringsforløb, og opsporingen det kan være en særlig udfordring i forhold til sårbare borgere, herunder såvel børn som voksne. Der er behov for at styrke det tværsektorielle samarbejde for at opspore og igangsætte tidlig indsats overfor sårbare borgere med kronisk sygdom/multisygdom.

#### **Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:**

- For at sikre, at borgere i højere grad tilbydes en indsats, der tager udgangspunkt i borgernes behov, ønsker og ressourcer, vil vi udvikle og implementere metoder til identificering af sårbarhed hos borgere med kronisk sygdom/multisygdom.
- For at styrke behandling af børn med sygdom i socialt sårbare familier vil vi udarbejde og afprøve en samarbejdsmodel for det tværsektorielle samarbejde om socialt sårbare familier med syge børn.

#### **4.1.2 Differentierede indsatser til borgere med kronisk sygdom/multisygdom**

Det er en fælles udfordring at sikre, at den særligt sårbare borger opnår et godt behandlings- eller rehabiliteringsresultat, både med henblik på at blive mest mulig rask og for efterfølgende at kunne mestre sin sygdom bedst muligt samt at sikre at behandlingen udføres under hensyntagen til borgerens øvrige sygdomme.



## Endeligt udkast – Sundhedsaftalen 2015 - 2018 – administrativ del

De indsatser, der igangsættes som en del af forløbsprogrammerne, skal kunne rumme alle borgere behov, herunder også at sikre, at den enkelte borger fastholdes i indsatsen. Det betyder, at vi skal arbejde på at skabe rammer for, at vi kan tilrettelægge fleksible og differentierede indsatser, der også tilpasses borgere med særlige behov. Der skal være fokus på den opfølgende indsats og effekten af de indsatser, borgerne modtager. Endelig skal der være fokus på at sikre lette henvisningsveje til differentierede tilbud.

### **Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:**

- For at sikre udvikling af differentierede tilbud, hvor borgerens behov og ønsker er i fokus, vil vi udvælge to til tre målgrupper, hvor der afprøves løsninger, der tilgodeser det øgede behov for koordinering og fleksibilitet, der gør sig gældende for målgruppen. Dette skal ske med afsæt i den tilgængelige viden.

## **4.2 Særlige målgrupper**

### **4.2.1 Sårbare gravide og nyfødte i sårbare familier**

Den sociale ulighed i sundhed grundlægges tidligt i livet og ses i forekomsten af en lang række graviditets- og fødselskomplikationer. Der er i 2014 udarbejdet en aftale om arbejdsdeling mellem parterne for alle typer fødsler. Aftalen skal sikre, at Sundhedsstyrelsens anbefalinger på området samt de politiske aftaler i Region Hovedstaden efterleveres. Det indgår i aftalen om arbejdsdeling på svangreområdet, at indsatsen skal differentieres på baggrund af en række obstetriske, sociale og psykiske risikofaktorer. I denne aftaleperiode vil vi følge op på aftalen om arbejdsdeling og vurdere, om der er behov for justeringer af denne.

Til gravide med et misbrug i familien eksisterer der tilbud om en særlig intensiv indsats gennem Familieambulatoriet. I den foregående aftaleperiode er der ligeledes iværksat flere projekter, hvor der er fokus på koordinering af indsatser for andre sårbare eller udsatte gravide, som f.eks. unge gravide uden uddannelse og/eller med svage sociale netværk samt helbredsproblemer. Disse projekter er dog midlertidige, og samtidig dækker de ikke gravide i hele regionen.

I aftaleperioden vil vi derfor sætte særligt fokus på, at svangreomsorgen tilrettelægges med særligt fokus på at nå socialt udsatte gravide og deres familier.

### **Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:**

- For at styrke grundlaget for en forbedret indsats over for sårbare gravide, skal der foretages en samlet evaluering af tidligere og igangværende tværsektorielle projekter, som er målrettet sårbare gravide, med henblik på at beskrive anbefalinger til generel implementering.



#### **4.2.2 Borgere med samtidig psykisk sygdom og et skadeligt forbrug af rusmidler**

Mange borgere med et skadeligt forbrug af rusmidler har samtidig psykisk sygdom. Fælles for disse borgere er, at de ofte oplever manglende sammenhæng mellem misbrugsbehandlingen og behandlingen af den psykiske sygdom.

Samarbejdsaftalerne mellem region og kommuner på psykiatriområdet beskriver arbejdsdeling og procedurer for samarbejdet. I praksis har det imidlertid været vanskeligt at sikre en samtidig og koordineret indsats. I den foregående aftaleperiode har der derfor været gennemført flere projekter med henblik på at opnå samtidige og koordinerede behandlingsforløb. Der er positive erfaringer fra disse projekter. Men projekterne er ikke nødvendigvis egnede til generel udbredelse i hele regionen, idet befolkningsunderlaget og organiseringen af misbrugsbehandlingen er forskellig kommunerne imellem.

##### **Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:**

- For at sikre borgere med samtidig psykisk sygdom og misbrugsproblematik en effektiv, koordineret udredning og behandling af både psykisk sygdom og misbrug vil vi udvikle og udvide nye organisatoriske modeller for dette samarbejde mellem region og kommuner. Det skal ske med afsæt i lokale erfaringer fra samarbejdsaftalerne og eksisterende projekter. Modellerne tilpasses tillige de nationale retningslinjer for koordinerede indsatsplaner, når disse foreligger.

#### **4.2.3 Styrket fokus på sundhedsindsatser til særligt udsatte borgere**

Udsatte borgere, herunder borgere med stofmisbrug og hjemløse, dør relativt ofte som følge af somatisk sygdom, der forholdsvis nemt kunne være behandlet ved en tidligere indsats. Årsagerne hertil er mange. Hjemløse borgere og borgere med stofmisbrug henvender sig kun i ringe grad til egen læge og har ofte en adfærd, der kan være svær at rumme i almen praksis og eksisterende sundhedstilbud. Samtidig overskygger misbruget hyppigt de somatiske sygdomme, hvilket medfører, at disse borgere ofte ikke modtager den relevante behandling. Der er imidlertid positive erfaringer med brug af opsøgende indsatser i forhold til socialt udsatte grupper, der kan videreudvikles. Herudover bør mulighederne for et systematiseret samarbejde med frivillige foreninger også indgå i arbejdet for en styrket indsats på området.

##### **Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:**

- For at understøtte, at særligt udsatte borgere får lettere adgang til udredning, behandling og pleje, vil vi indgå aftaler, der bl.a. skal sikre lettere adgang til opfølgende pleje- og behandlingsindsatser efter udskrivelse fra hospital. Samarbejdsaftalerne udvikles med afsæt i eksisterende erfaringer.



## Kapitel 5: Sammenhæng og kvalitet

### 5.0 Politiske målsætninger og indikatorer

#### *Politiske målsætninger*

*9. At borgerne sikres høj kvalitet og en koordineret indsats i forebyggelse, behandling og pleje samt rehabilitering, uanset hvor i sundhedsvæsenet opgaven løses*

*10. At færre borgere indlægges og genindlægges på hospital, hvor det kan forebygges gennem en tidlig og koordineret indsats*

*11. At borgere med samtidig psykisk og somatisk sygdom oplever en sammenhængende og koordineret indsats.*

#### *Indikatorer:*

- At almen praksis og hospitalerne henviser flere borgere med behov for forebyggelse og rehabilitering til udvalgte tilbud i kommunerne
- At andelen af borgere, der bliver indlagt med en forebyggelig diagnose, reduceres
- At andelen af borgere, der bliver genindlagt med en forebyggelig diagnose, reduceres
- At færre nyfødte genindlægges
- At andelen af akutte medicinske korttids-indlæggelser reduceres
- At andelen af borgere, der optager en seng på hospital efter de er færdigbehandlet, reduceres
- At andelen af udskrivelser, hvor der er afsendt en rettidig elektronisk epikrise, øges
- At andelen af borgere, der oplever godt samarbejde og god kommunikation, stiger
- At anvendelsesgraden og rettidigheden af udvalgte indikatorer vedr. digital kommunikation øges.



## 5.1 Tværgående indsatsområder

I dette afsnit beskrives indsatser i forhold til tværgående temaer jf. bekendtgørelse og vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler.

Der gøres opmærksom på, at beskrivelserne af de tværgående indsatser dækker alle fire obligatoriske indsatsområder: *Forebyggelse, Behandling og pleje, Genoptræning og rehabilitering samt Sundheds-it og digitale arbejdsgange*.

Indsatsområdet Sundheds-it og digitale arbejdsgange beskrives som tværgående tema i nærværende afsnit, hvorimod de 3 øvrige obligatoriske indsatsområder beskrives i separate afsnit 5.2, 5.3 og 5.4.

Dette afsnit indeholder derudover tværgående temaer om monitorering, kronisk sygdom herunder forløbsprogrammer, rådgivningsforpligtelsen, rammedelegation, opgaveoverdragelse og forskning.

### 5.1.1 Monitorering af tværasektorielt samarbejde og kvalitetsdata

#### Monitorering af tværasektorielt samarbejde

En løbende monitorering af det tværasektorielle område er med til at understøtte samarbejdet om planlægning, kapacitetsstyring og styring af de tværasektorielle forløb. Sundhedsstyrelsen har sammen med kommuner, regioner og praksissektoren udarbejdet indikatorer for monitoreringen af sundhedsaftalen. Monitoreringen inden for somatik, psykiatri, forebyggelige genindlæggelser og elektronisk kommunikation fungerer tilfredsstillende, men der skal løbende ske tilpasninger, der matcher behovet for lokale og nationale indikatorer.

Der udarbejdes løbende ledelsesinformationsdata (LIS-data), der har til formål at skabe overblik og bidrage til at sætte fokus på udviklingen i den enkelte kommune og på det enkelte hospital samt danne grundlag for tværasektoriel dialog bl.a. i samordningsudvalgene. Der er behov for at se på, hvordan anvendelsen af LIS-data kan videreudvikles og tilpasses behovene for dialog, som er baseret på tværasektorielle data.



## Endeligt udkast – Sundhedsaftalen 2015 - 2018 – administrativ del

### Monitorering af tværsektorielle kvalitetsdata

Der er stor efterspørgsel efter data, der belyser kvaliteten af indsatser på det tværsektorielle område. Blandt andet er der begrænset viden om effekten af indsatserne i forløbsprogrammerne for kronisk sygdom. Regionen og kommunerne igangsatte derfor i 2010 et arbejde med at udvikle og implementere en klinisk rehabiliteringsdatabase, som kan monitorere effekten af rehabiliteringsforløb fra diagnosen til afsluttet forløb på tværs af sektorer. Videreudviklingen og ikke mindst at implementere og udfolde brugen af databasen fortsætter i denne aftaleperiode, ligesom mulighederne for udbredelse af databasen til flere sygdomsområder skal afdækkes.

#### Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- For at styrke datadreven kvalitetsudvikling vil vi registrere data i rehabiliteringsdatabasen indenfor udvalgte indikatorer først for diabetes og dernæst for KOL.

### Datafangst i almen praksis<sup>1</sup>

Overenskomstaftalen indgået 1. marts 2014 fastsætter, at der med afsæt i Den Danske Kvalitetsmodel skal udvikles en model for kvalitetsudvikling i almen praksis, hvor brugen af datafangst og kvalitetsparametre får en central rolle. Ud over at bidrage til kvalitetsudvikling af de enkelte almen praksis kan datafangst bl.a. også bidrage til at skabe overblik over populationen af patienter med en given diagnose. Det kan understøtte planlægningen af den fælles indsats på tværs af kommuner, hospitaler og almen praksis, f.eks. ved dimensionering af forebyggelsestilbud og henvisning hertil.

#### Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- Almen praksis vil levere data fra datafangst, efterhånden som det bliver muligt, og løbende deltage i udvikling af nye indikatorer med afsæt i datafangst.

### 5.1.2 Sundheds-it og digitale arbejdsgange

Sundheds-it og digitale arbejdsgange skal sikre sammenhæng og tilgængelighed i data og processer på tværs af kommuner, hospitaler og praksissektor. Denne del af aftalen skal understøtte, at samarbejdet om borgernes forløb sker koordineret, planlagt, rettidigt og sikkert.

I den foregående aftaleperiode er vi kommet langt med implementering af digitale meddelelser på tværs af sektorer, men der er behov for fortsat fokus på implementering og korrekt anvendelse. Dertil kommer sikring af den digitale kommunikation på en række nye områder og særligt indenfor social- og psykiatriområdet.

---

<sup>1</sup> Det skal bemærkes, at en juridisk afklaring om indsamling og brug af data pågår og forventes at foreligge ultimo 2014.

## Endeligt udkast – Sundhedsaftalen 2015 - 2018 – administrativ del



Der er imidlertid også behov for et ambitiøst sigte mod fuld it-understøttelse af borgerens tværsektorielle forløb.

Parterne følger den *Nationale strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet*, hvorfor hovedparten af tiltag i sundhedsaftalen om sundheds-it og digitale arbejdsgange er knyttet til generelle og nationale initiativer.

Region Hovedstaden og Region Sjælland er i fællesskab i gang med at forberede og implementere Sundhedsplatformen, som er den nye elektroniske patientjournal til at understøtte hospitalernes kliniske arbejdsgange, dokumentation og vidensdeling. Systemet indeholder muligheder for at kunne se hospitalets data om borgeren, når der er behov for det. Det er i arbejdet med sundhedsplatformen vigtigt at drøfte og koordinere platformens potentialer i forhold til det eksisterende digitale samarbejde på tværs af sektorer.

### **Fra beskedbaseret digital kommunikation til deling af data**

Beskedbaseret digital kommunikation mellem kommuner, hospitaler og praksissektor er implementeret for en række områder, herunder f.eks. for henvisninger, epikriser, indlæggelse og udskrivelse samt genoptræning. Der er behov for også at sikre tværsektoriel beskedbaseret digital kommunikation på en række andre områder, herunder bl.a. for akutområdet, det ambulante område, børneområdet og social- og psykiatriområdet.

### **Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:**

- For at understøtte sammenhæng og tilgængelighed af data vil vi implementere beskedbaseret digital kommunikation for det ambulante område og akutområdet
- Følge anvisninger i den *Nationale strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet* for udbredelse af beskedbaseret digital kommunikation for psykiatrien, socialpsykiatrien, handicapområdet og jobcentre. Med udgangspunkt i ovenstående områder skal den eksisterende tværsektorielle kommunikationsaftale udbygges og implementeres.

For at kunne optimere og koordinere sikre forløb på tværs af sektorer er det nødvendigt at have let adgang til overordnede, relevante og tidstro informationer om borgeren, uanset hvor og i hvilket system informationerne fødes. Dette gælder for alle involverede parter i forløbet – herunder også borgeren.

Jævnfør den *Nationale strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet* skal der være fuld digital understøttelse af relevante tværgående arbejdsgange ved, at relevante data deles på tværs af sundhedsvæsenet i 2017. På nationalt niveau udarbejdes en analyse af sundhedsoplysninger og kommunikationsmønstre i sundhedsvæsenet. Analysen vil give anbefaling til, hvilke sundhedsoplysninger der er størst behov for at dele, på hvilken måde data skal deles mellem sundhedsvæsenets it-systemer, og hvordan sundhedspersonalet skal have adgang til data. Den nationale analyse





## Endeligt udkast – Sundhedsaftalen 2015 - 2018 – administrativ del

vil desuden indeholde en fælles faseplan for realisering af arbejdet. Vi vil lave aftale om implementering af faseplanen, når den foreligger, herunder aftale tidsplan for arbejdet.

### Det Fælles Medicinkort

Det Fælles Medicinkort (FMK) er taget i brug på hospitaler og i praksissektoren. I forbindelse med økonomiaftalen 2014 blev det aftalt, at FMK skal være organisatorisk implementeret i kommunernes omsorgssystemer medio 2015. Implementering af FMK betyder nye arbejdsgange i kommuner, hospitaler og praksissektoren.

#### Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- For at styrke brugen af det Fælles Medicinkort vil vi udarbejde og medio 2015 have implementeret en aftale om, hvordan parterne anvender FMK i det tværsektorielle samarbejde. Aftalen skal dels dække forhold under implementeringen og dels sikre arbejdsgange og følge op på kvaliteten i anvendelsen af FMK, når FMK er i drift medio 2015. Aftalen skal imødekomme de særlige forhold, der gør sig gældende, på det specialiserede socialområde.

### 5.1.3 Tværsektorielt samarbejde om patientsikkerhed

For at sikre god kvalitet i diagnosticering, behandling, pleje, genoptræning og rehabilitering af borgere er det nødvendigt at arbejde systematisk med patientsikkerhed herunder utilsigtede hændelser. Rapportering af utilsigtede hændelser i sektorovergange danner en del af grundlaget for identificering af risici og kvalitetsbrist og anvendes til at forbedre kvalitet og sikkerhed i tværsektorielle patientforløb.

Arbejdet med patientsikkerhed og utilsigtede hændelser i overgange mellem sektorer og planområder er stadig i en opstartsfasen, og der er fortsat et betydeligt forbedringspotentiale og behov for konsolidering af aktiviteter og samarbejde. Der er endvidere behov for kontinuerlig evaluering og monitorering af indsatserne.

Målet for denne aftaleperiode er at arbejde videre med at udvikle et tæt samarbejde og en god afrapporteringskultur om utilsigtede hændelser i sektorovergangene. Erfaringer fra patientsikkerhedsarbejdet skal udbredes, indarbejdes og nyttiggøres i samarbejdet mellem kommuner, hospitaler og praksissektoren.

#### Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- Medvirke til udvikling af Dansk Patientsikkerheds Database (DPSD), så data kan ses på tværs af sektorer.
- Aftale og implementere en tværsektoriel organisering af samarbejdet mellem regionen og kommunerne omkring utilsigtede hændelser, som tager udgangspunkt i samarbejdet mellem regionale og kommunale risikomanagere og patientsikkerhedskonsulenter fra almen praksis.



## administrativ del



- Med henblik på at skabe sammenhængende og sikre forløb, hvor læring fra fx hændelsesanalyser, kerneårsagsanalyser og andre relevante patientsikkerhedsanalyser inddrages, vil vi etablere et systematisk og struktureret samarbejde mellem relevante aktører, som har direkte berøringsflade med borgere på botilbud og borgere med komplekse psykiatriske forløb.

### 5.1.4 Fokus på kronisk sygdom

Indsatser over for kronisk sygdom omfatter mange forskellige målgrupper, der har varierende behov afhængig af bl.a. sygdommens karakter, om der er flere samtidige sygdomme og de sociale forhold. Der er et generelt behov for bedre dokumentation og evaluering af de eksisterende indsatser og et stort behov for et fælles datagrundlag for interventioner, som går på tværs af sektorer.

#### **Forløbsprogrammer – videreudvikling, implementering og kvalitetssikring**

Forløbsprogrammer er udviklet for en række af de mest udbredte kroniske sygdomme. Der er imidlertid behov for at udvikle programmernes anvendelse yderligere, så de eksempelvis også kan tilgodese behovene hos borgere med flere samtidige sygdomme. Der er ligeledes behov for at udvikle eller styrke indsatser for de mange borgere med kronisk sygdom, som enten ikke er omfattet af et forløbsprogram, eller som på anden måde falder uden for den mere standardiserede behandling og rehabilitering, som den aktuelt tilbydes.

De sidste 5 år er der udviklet forløbsprogrammer i Region Hovedstaden for borgere med KOL, type-2 diabetes, demens, hjertekar-sygdomme og lænderyg-lidelser. Fuld implementering af indholdet er en afgørende forudsætning for at opnå effekt af forløbsprogrammerne. Det er derfor væsentligt, at kommuner, hospitaler og praksissektoren afklarer, hvad der forstås ved fuld implementering og arbejder gensidigt forpligtende for denne opgave for at kunne sikre fuld implementering af disse programmer. Herunder også indarbejdelse af de ændringer, der følger af revisionen af forløbsprogrammerne inden for KOL og type-2 diabetes (2014) og efterfølgende hjerte-kar og demens (2015).

Ud over de regionale forløbsprogrammer er der også udarbejdet nationale forløbsprogrammer inden for kræftrehabilitering og palliation samt erhvervet hjerneskade for henholdsvis voksne og børn. Der pågår et regionalt arbejde med henblik på regional udmøntning af disse programmer. I aftaleperioden arbejdes der ligeledes mod en fuld implementering af disse forløbsprogrammer.

Der vil nationalt blive initieret nye forløbsprogrammer, bl.a. som følge af udarbejdelsen af en generisk model for forløbsprogrammer for psykiske lidelser (2015), som forventes udmøntet i lokale forløbsprogrammer. Det vil vi forholde os til, når den nationale generiske model foreligger.

Der er behov for at følge og monitorere forløbsprogrammerne på en række proces- og resultatparametre. Eksempelvis følge, om vi får henvist de rigtige borgere, opsporet alle relevante, fastholdt

## Endeligt udkast – Sundhedsaftalen 2015 - 2018 – administrativ del



borgerne i behandling og rehabilitering, og om der er sundhedsmæssig effekt for borgerne. Der henvises i øvrigt til afsnit om rehabiliteringsdatabasen.

### Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- Fastlægge hvilke indikatorer, der skal anvendes til at følge implementeringsgraden og kvaliteten af forløbsprogrammerne samt aftale, hvilke konkrete mål for kvalitet i tilbuddene og for den videre implementering, der skal nås.

### Andre indsatser overfor borgere med kroniske sygdomme

Det stigende pres på sundhedsvæsenet indebærer, at der er brug for at tænke anderledes i behandlingen og plejen af borgerne samt behov for bedre dokumentation og evaluering af de eksisterende indsatser.

Analyser har vist, at forbruget af ydelser i sundhedsvæsenet er centeret omkring en mindre gruppe af borgere. Vi er derfor begyndt at sætte fokus på, hvordan vi kan identificere borgere med et særligt stort forbrug af sundhedsydelse, og hvordan vi gennem målrettede indsatser kan reducere den del af storforbruget, som vurderes at kunne forebygges. Dette udviklingsarbejde forudsætter, at relevante data kan deles på tværs af sektorer.

### Vi vil i aftaleperiode gøre følgende:

- Med henblik på mere effektiv ressourceudnyttelse og bedre patientoplevelt kvalitet gennemføres først et fælles analysearbejde, hvor der kan samkøres data på tværs af sektorgrænser. Dernæst udvikles og afprøves en model, der kan reducere forebyggeligt storforbrug af sundhedsydelse for ældre medicinske patienter med kroniske sygdomme. Efterfølgende vurderes mulighederne for udbredelse af modellen.

### 5.1.5 Rådgivning på tværs af sektorer

Regionens rådgivningsforpligtelse skal udvikles i samarbejde mellem kommuner, hospitaler og praksissektoren for at sikre, at rådgivningen er organiseret på en måde, hvor kompetencerne anvendes effektivt og er målrettet kommunernes aktuelle behov for rådgivning.

Rådgivningsforpligtelsen omfatter generelle forhold. Rådgivning i forbindelse med konkrete borgerforløb behandles i et særskilt afsnit.

### Rådgivning jf. rådgivningsforpligtelsen

Rådgivning i henhold til rådgivningsforpligtelsen vil, afhængig af hvilket emne der er tale om, blive varetaget af forskellige regionale institutioner med forskellig organisering og form for rådgivning.



## Endeligt udkast – Sundhedsaftalen 2015 - 2018 – administrativ del

gen. Vi vil derfor indgå konkrete aftaler om rådgivningen, hvor vi for hvert emne vil beskrive indholdet af rådgivningen, formen, organiseringen og økonomi samt evaluering.

### Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- Indgå aftale om regionens rådgivningsforpligtelse vedr. sundhedsprofilerne. Sundhedsprofilerne skal fortsat bruges som monitoreringsværktøj til at følge udviklingen i borgernes sundhed og sygelighed. Aftalen skal sikre, at sundhedsprofilerne samtidig er anvendelsesorienterede i forhold til kommunernes forebyggelsesindsatser. Aftalen skal desuden medvirke til kompetenceudvikling indenfor evaluering og metodeudvikling.
- Indgå aftale om regionens rådgivningsforpligtelse vedr. kronisk sygdom og multisygdom. I aftalen skal der bl.a. være fokus på databaseret rådgivning ud fra monitoreringen af borgere med kronisk sygdom og differentierede indsatser overfor sårbare borgere.
- Videreudvikle aftale om regionens rådgivningsforpligtelse vedrørende hygiejne, ved at følge op på evalueringen af den nuværende hygiejneaftale og eventuelt komme med anbefalinger til indsatsområder.
- Indgå aftale om regionens rådgivningsforpligtelse vedr. medicin. I aftalen skal der udpeges særlige indsatsområder, herunder f.eks. Fælles Medicinkort (FMK) og polyfarmaci (anvendelse af mange slags medicin) hos borgere med multisygdom.
- Indgå aftale om regionens rådgivningsforpligtelse vedr. sårpleje. I aftalen skal der udpeges særlige indsatsområder, herunder evaluering og udvikling af rådgivningen via telemedicinsk kommunikation samt udvikling af indikatorer på området. Der skal i aftalen være fokus på at øge kompetencerne hos relevante målgrupper omkring forebyggelse af tryksår.

### Rådgivning i forbindelse med konkrete borgerforløb

Allerede i dag foregår der sparring og videndeling som en naturlig del af samarbejdet om den enkelte borger og det enkelte forløb. Der er imidlertid behov for at systematisere rådgivning og videndeling i forhold til borgere med komplekse pleje- og rehabiliteringsbehov samt borgere med psykisk sygdom.

### Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- Indgå aftale, som understøtter let adgang til rådgivning og specialviden i konkrete tværsektorielle forløb for borgere med komplekse pleje- og rehabiliteringsbehov samt borgere med psykisk sygdom. Aftalen skal målrettes udvalgte grupper af patienter, der kræver en specialiseret indsats. Vi er enige om, at der ikke er tale om en stående, fri og vederlagsfri ret til at trække på hinandens kompetencer.

## Endeligt udkast – Sundhedsaftalen 2015 - 2018 – administrativ del



### 5.1.6 Rammedelegationer i forbindelse med kommunale tilbud

Kommunerne har mulighed for at løse en række lægeordnede behandlingsopgaver i hjemmesygeplejen, på plejehjem, i akutfunktioner og botilbud, som overdrages til kommunen inden for rammen om delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed. Vi vil i denne aftaleperiode skabe større klarhed omkring det faglige, ledelsesmæssige og organisatoriske ansvar for opgaver, der udføres som rammedelegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed.

#### Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- Udarbejde en overordnet ramme for samarbejdet mellem behandlingsansvarlige læger og kommunale medarbejdere, når de udfører lægelige ordinationer i hjemmesygeplejen, på plejehjem, i akutfunktioner og botilbud.

### 5.1.7 Samarbejde om opgaveoverdragelse

Ud fra hensyn til effektiv ressourceudnyttelse flytter opgaver løbende mellem sektorerne i sundhedsvæsenet. Det er centralt, at overdragelse af større opgaver mellem henholdsvis hospital, kommune og praksissektoren sker planlagt og aftalt.

#### Vi vil i aftaleperiode gøre følgende:

- Løbende og efter behov indgå aftaler i regi af Sundhedskoordinationsudvalget om opgaveoverdragelse i forbindelse med større, strukturelle og principielle flytninger af opgaver mellem kommune, hospital, og praksissektoren. I forbindelse hermed vil vi beskrive opgaven og tage stilling til, hvem der har det sundhedsfaglige ansvar, delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed, faglige retningslinjer for området og eventuelle konsekvensvurderinger, herunder økonomiske forhold, volumen og behov for kompetenceudvikling. Derudover vil vi tage stilling til implementering og opfølgning. De opgaver som almen praksis jf. Sundhedsaftalen skal udføre, skal beskrives i praksisplanen, jf. Sundhedsstyrelsens vejledning fra 2013 om principper for udarbejdelse af praksisplan for almen praksis.

### 5.1.8 Forskning

Der er fortsat et stort behov for mere viden om, hvilke målrettede indsatser som virker bedst i forhold til at øge sundhedstilstanden i befolkningen, herunder er der et særligt stort behov for at skabe mere viden om, hvilke indsatser der bedst tilgodeser sårbare og udsatte borgeres behov og ressourcer. Der er ligeledes stort behov for systematisk udbredelse af viden fra eksisterende forsknings- og udviklingsprojekter.

Region Hovedstaden og kommunerne har i den foregående aftaleperiode etableret en ramme for samarbejdet mellem kommuner, hospitaler, forskningsinstitutioner og praksissektoren inden for det fælles opgavefelt på sundhedsområdet. Region Hovedstaden etablerede i forbindelse hermed i



## Endeligt udkast – Sundhedsaftalen 2015 - 2018 – administrativ del

2013 en Tværsektoriel Forskningsenhed (TFE), der skal sikre identificering, formidling og implementering af forskningsbaseret viden samt generere ny viden, der kan implementeres på tværs af sektorer. Det er derudover vigtigt, at der er fokus på muligheder for synergier og etablering af samarbejder med forsknings- og innovationsmiljøer såvel lokalt i regionen som i det øvrige Danmark og internationalt.

### **Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:**

- For at understøtte vores arbejde med at sikre lighed i sundhed gennemføres et mindre antal, men større tværsektorielt forankrede forsknings- og udviklingsprojekter vedrørende tidlig opsporing, rekruttering og fastholdelse af sårbare og udsatte borgere i forebyggelsesbehandlings- og rehabiliteringstilbud, herunder forskning om muligheder for at understøtte, at sårbare og udsatte borgere er aktive samarbejdsparter i eget forløb.

UDKAST TIL SUNDHEDSAFTALE - GODKENDT AF RÅDET

## administrativ del



### 5.2 Forebyggelse

Sundhedsaftalen omfatter samarbejdet om sundhedsfremme og forebyggelsesindsatser, der har til formål at støtte og motivere borgere til livsstilsændringer, der kan forebygge, at sygdom opstår og udvikler sig. Dette afsnit om forebyggelse omhandler de opgaver og samarbejdsflader, som kommuner, hospitaler og praksissektoren deler på forebyggelsesområdet. Det overordnede formål er at sikre, at alle borgere med behov tilbydes en sammenhængende forebyggelsesindsats af høj faglig kvalitet.

Det skal bemærkes, at rådgivning om forebyggende indsatser samt samarbejdet omkring kronisk sygdom, herunder forløbsprogrammer, er beskrevet som tværgående temaer i afsnit 5.1.

#### 5.2.1 Synlighed og sammenhæng mellem indsatser

Parterne er enige om, at vi i højere grad skal betragte forebyggelsesarbejdet i kommuner, hospital og praksissektoren som tæt sammenvævede og afhængige indsatser. F.eks. har kommunernes indsatser vedrørende alkohol og tobak betydning for behandlingsindsatsen på hospitalet og i praksissektoren. Tilsvarende påvirker hospitalernes og praksissektorens vurdering af borgernes forebyggelsesbehov og deres opmærksomhed på muligheden for henvisning af borgere til kommunale tilbud kommunernes muligheder for at nå ud til de relevante borgere.

For at understøtte at henvisning foretages, skal det være tydeligt for både borgere og sundhedsprofessionelle, hvilke tilbud kommunerne har på området. Men også samarbejdet mellem kommuner, hospitaler og almen praksis om tidlig indsats hos borgere med behov for livsstilsændring eller patientuddannelse skal styrkes.

Sundheds- og forebyggelsesportalen (SOFT) på Sundhed.dk er kommunernes, hospitalernes og almen praksis' fælles overblik over tilbud på forebyggelses- og rehabiliteringsområdet. SOFT-portalen kan dermed understøtte mere sammenhængende forebyggelses- og rehabiliteringsforløb for borgerne. Der er imidlertid behov for at sikre, at alle parter systematisk opdaterer informationer om egne tilbud. Også oplysninger om sundheds- og forebyggelsestilbud på psykiatriområdet bør være tilgængelige på portalen.

#### Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- Sikre systematisk opdatering af kommuner og hospitalers informationer på SOFT-portalen således, at den nyeste og relevante information om konkrete forebyggelses- og rehabiliteringstilbud altid er tilgængelig på Sundhed.dk. Herunder skal der også sikres synlighed af tilbud, som er rettet mod borgere med psykisk sygdom, vidtgående psykisk og/eller fysisk handicap og borgere med et skadeligt og afhængigt forbrug af rusmidler.



## **Endeligt udkast – Sundhedsaftalen 2015 - 2018 – administrativ del**

- Styrke samarbejdet omkring anvendelsen af forebyggelses- og rehabiliteringstilbud gennem lokale initiativer. Herunder bl.a. aftale retningslinjer for samarbejdet mellem kommuner, hospitaler og almen praksis der sikrer, at borgere med behov herfor tilbydes alkohol- og tobaksintervention forud for operation.

### **5.2.2 Samarbejde om gravide og nyfødte**

For at sikre en sammenhængende indsats er der behov for en bedre kommunikation mellem sektorerne. Herunder at der er én indgang til den kommunale sundhedspleje, som er kendt af almen praksis og fødeafdelingerne, der typisk har fødende kvinder fra mange forskellige kommuner. Det kan bl.a. understøtte, at den kommunale sundhedspleje allerede under graviditeten informeres om f.eks. behov for svangrebesøg.

Fødsels- og forældreforberedelse er et andet vigtigt forebyggelsesområde særligt i forhold til førstegangsfødsler. Der findes forskellige tilbud i hospitals- og kommunalt regi, men disse tilbud er ikke koordineret på tværs af sektorerne, ligesom der findes mange forskellige organiseringer.

#### **Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:**

- Arbejde for en bedre tværsektoriel kommunikation på svangre- og barselsområdet.
- Indgå aftaler, der sikrer fælles fødsels- og forældreforberedelse på tværs af sektorerne. Tilbuddene skal udformes på en måde, der særligt fremmer sårbare gravides motivation og muligheder for at deltage i fødselsforberedelsen.

### **5.2.3 Forebyggende sundhedsydelser til børn og unge**

Det er vigtigt for børns udvikling, at der handles tidligt på tegn på psykisk og fysisk mistrivsel. De forebyggende sundhedsydelser til børn og unge (jf. sundhedsloven) er de mest strukturerede tilbud, der findes til målgruppen. Den viden, der opnås herigennem, skal udveksles mellem relevante parter og understøtte koordinerede indsatser mellem kommuner og almen praksis. Der foregår imidlertid ikke nogen systematisk koordination eller udveksling af relevante helbredsoplysninger mellem almen praksis og den kommunale sundhedspleje.

#### **Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:**

- Aftale retningslinjer for systematisk kommunikation på børneområdet mellem almen praksis og den kommunale sundhedspleje om udveksling af relevante helbredsoplysninger.
- Aftale retningslinjer for samarbejdet mellem kommuner og praktiserende læger om børn og unge, der ønskes henvist til Børne og Ungdomspsykiatrisk Center.





#### **5.2.4 Tidlig opsporing og indsats over for psykisk mistrivsel blandt børn og unge**

Det er vigtigt, at børn med psykisk mistrivsel opspores så hurtigt som muligt med henblik på iværksættelse af relevante foranstaltninger. Vi vil vurdere, om der er behov for at udvikle aftaler mellem kommunerne og praksissektoren om samarbejdet omkring børn og unge med psykisk mistrivsel.

##### **Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:**

- Udvælge og udbrede værktøjer til brug for tidligere opsporing af psykisk mistrivsel hos børn i forskellige aldersgrupper hos såvel kommune som almen praksis.
- Sikre synlighed og let tilgængelig information om henvisning fra primærsektor til regionens børne- og unge psykiatri.

#### **5.2.5 Børn og unge som pårørende**

Børn og unge, der oplever alvorlig sygdom og død i deres nærmeste familie, udsættes for en stor belastning. Familien kan have vanskeligt ved at give barnet den støtte, som det har behov for, da familien er i en sårbar situation.

På psykiatriområdet er der aftalt retningslinjer for samarbejdet mellem kommuner og psykiatrien i forhold til børn som pårørende til borgere med psykisk sygdom, men der findes ikke tilsvarende generelle aftaler på det somatiske område. Vi vil fremme det tværsektorielle samarbejde om tidlig opsporing af børn og unge som pårørende, således at der ved behov kan sikres en opfølgende indsats.

##### **Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:**

- Udarbejde retningslinjer for tidlig opsporing af børn og unge som pårørende og aftale, hvordan der varsles mellem sektorerne i forhold til børn og unge, der oplever dødsfald og/eller er pårørende til familiemedlemmer med alvorlig psykisk eller somatisk sygdom.

#### **5.2.6 Forebyggelses- og behandlingstilbud til borgere med afhængigt forbrug af rusmidler og deres familier**

Tidlig opsporing er væsentlig for at forebygge udvikling af et afhængigt forbrug af rusmidler. Tal fra Sundhedsstyrelsen viser, at der i gennemsnit går 10-12 år fra et misbrug af alkohol påbegyndes, til en borger kommer i et egentligt behandlingstilbud. Der er derfor behov for at styrke den tidlige opsporing af unge og voksne med problemer med rusmidler.

Motivation spiller en afgørende rolle for borgerens beslutning om at deltage i et behandlingsforløb. Alle parter har derfor også en opgave i at motivere til behandling – herunder at oplyse om de kommunale behandlingstilbud.





## Endeligt udkast – Sundhedsaftalen 2015 - 2018 – administrativ del

### Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- Understøtte tidlig opsporing og indsats overfor borgere, herunder unge med skadeligt og afhængigt forbrug af rusmidler, uanset hvor i sundhedsvæsenet, borgeren mødes.
- Sikre entydig og lettilgængelig henvisningsprocedure til misbrugsbehandling.

### 5.2.7 Børn i familier med misbrugsproblemer

Børn, der vokser op i familier med misbrugsproblemer, har stor risiko for senere i livet at udvikle psykiske problemer og for selv at udvikle afhængighed af rusmidler. Denne gruppe børn mangler hjælp fra familien, og derfor bliver hjælpen fra det omgivende samfund endnu mere central. I aftaleperioden vil vi arbejde for at understøtte sammenhængende og koordineret indsats omkring tilbud til børn i misbrugsfamilier.

### Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- Synliggøre eksisterende tilbud til børn i familier med misbrugsproblemer.
- Aftale, hvordan varsling mellem sektorerne kan udbygges i forhold til børn i familier med misbrugsproblemer, således at det sikres, at børnene med behov findes og henvises til eksisterende tilbud.

### 5.2.8 Tidlig opsporing af unge og voksne med psykisk sygdom

Tidlig opsporing af psykisk sygdom er vigtig for en vellykket behandling og rehabilitering. Samtidig ved vi, at særligt borgere på kontanthjælp og langtidssygemeldte har en høj forekomst af psykiske lidelser, der ofte først opspores sent i forløbet. Der er behov for at styrke det tværsektorielle samarbejde om tidlig opsporing af unge og voksne, der har psykisk sygdom eller er i risiko for at udvikle psykisk sygdom og tilbyde dem en tidlig koordineret indsats.

### Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- Tage stilling til udvikling og implementering af forløbsprogrammer for psykiske lidelser, når den generiske model fra Sundhedsstyrelsen foreligger.
- Sikre rådgivning af medarbejdere på bl.a. ungdomsuddannelserne og i jobcentrene om metoder til identifikation af mulig psykisk lidelse.
- Sikre klar kommunikation om udrednings- og behandlingsansvar og sikre lettilgængelige henvisningsveje til behandlingstilbud i kommuner, hospitaler og praksissektoren.



## **Endeligt udkast – Sundhedsaftalen 2015 - 2018 – administrativ del**

### **5.2.9 Tidlig opsporing af somatisk sygdom hos borgere med psykisk sygdom**

Borgere med psykisk sygdom har en overdødelighed i forhold til den øvrige befolkning. En væsentlig årsag hertil er, at somatisk sygdom ofte ikke opspores eller behandles i tide. Det er derfor en fælles opgave at iværksætte indsatser, der kan mindske risikoen for udvikling af alvorlig somatisk sygdom hos borgere med psykisk sygdom.

#### **Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:**

- Fastlægge principper for, hvordan kommuner, hospitaler og praksissektoren kan samarbejde om at motivere borgere med psykisk sygdom til at benytte kommunale og regionale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud.
- Aftale, hvordan borgere, der er tilknyttet kommunernes socialpsykiatri og botilbud, systematisk kan tilbydes og motiveres til at gennemføre forebyggende sundhedsundersøgelser hos egen læge.

### **5.2.10 Tidlig opsporing og indsats vedr. KOL og børneastma**

I økonomiaftalen 2014 fremgår, at der skal ske en styrket indsats på lungeområdet med særligt fokus på KOL og børneastma. Indsatsen skal indebære udarbejdelse af nationale kliniske retningslinjer og styrkelse af den tidlige opsporing af KOL og børneastma. Almen praksis fremhæves som en afgørende aktør i opsporing og diagnostik af lungesygdomme.

#### **Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:**

- For at styrke den tidlige opsporing i almen praksis af borgere med KOL og astma hos børn udarbejdes samarbejdsaftaler herom.



### **5.3 Behandling og pleje**

Et velfungerende tæt og forpligtende samarbejde mellem parterne på sundhedsområdet er med til at understøtte, at borgere med behov herfor tilbydes et sammenhængende behandlings- og plejeforløb af høj kvalitet.

I dette afsnit af sundhedsaftalen sættes fokus på vores opgaver, samarbejde og kommunikation i forbindelse med ambulant behandling og ved indlæggelser og udskrivelser. Herunder er der fokus på de indsatser, som vi prioriterer for at undgå indlæggelser og genindlæggelser, hvor de kan forebygges gennem tidlig og koordineret indsats. Der sættes desuden fokus på at nedbringe antallet af akutte medicinske korttidsindlæggelser og antallet af færdigbehandlede borgere, der optager en seng på hospitalerne.

#### **5.3.1 Samarbejde og kommunikation**

En væsentlig forudsætning for det sammenhængende patientforløb af høj kvalitet er fælles mål understøttet af koordination og dialog. Dialog kan finde sted ved det personlige møde, elektronisk kommunikation eller ved telefonisk kontakt. Det er afgørende, at der i hele forløbet er den relevante viden til rådighed, således at koordination mellem samtidige indsatser og overdragelse mellem sektorer foregår så hurtigt, sikkert og fyldestgørende som muligt.

I den foregående aftaleperiode blev der indgået en aftale om tværsektoriel kommunikation og arbejdsgange mellem kommunerne og hospitalerne om indlæggelser og udskrivelser. Kommunikationsaftalen omfatter samarbejdet om indlæggelser og udskrivelser mellem kommunerne og hospitalerne i forhold til voksne med somatisk sygdom, der efter indlæggelse har behov for kommunale omsorgsydelser.

I aftaleperioden skal Kommunikationsaftalen revideres, og der skal arbejdes videre med udvikling af kommunikationsaftaler på de områder, der ikke er dækket af den gældende Kommunikationsaftale. I de nye aftaler skal der være fokus på borgeren som aktiv samarbejdspart samt på implementering og opfølgning.

På psykiatriområdet er der indgået bilaterale samarbejdsaftaler mellem Region Hovedstadens Psykiatri og kommunerne på henholdsvis voksenområdet og børne- og ungeområdet. Aftalerne beskriver ansvars- og opgavefordelingen i de enkelte faser af et behandlingsforløb. Der er behov for ensartede aftaler mellem alle kommuner og Region Hovedstadens psykiatri bl.a. som følge af en regional samling af specialfunktioner.



## Endeligt udkast – Sundhedsaftalen 2015 - 2018 – administrativ del

### Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- Snarligt revidere den gældende Kommunikationsaftale blandt andet med henblik på en forenkling af centrale aftaledele. Der skal endvidere sættes fokus på aktiv inddragelse og samarbejde med borgeren i forbindelse med udskrivelse.
- Udarbejde og implementere kommunikationsaftaler for: Ambulante forløb, børn og unge, det akutte område og på psykiatriområdet – herunder også for børne- og ungdomspsykiatrien.
- Udarbejde en aftale for støtte til borgere (børn og voksne) med svære kommunikationsvanskeligheder, der indlægges fra sociale tilbud til udredning og behandling på hospital.
- Revidere og omdanne samarbejdsaftalerne på psykiatriområdet til én generisk samarbejdsaftale på voksenområdet henholdsvis børne- og ungeområdet, der gælder for alle kommuner og alle psykiatriske centre/børne- og ungdomspsykiatriske center. Herunder skal der arbejdes systematisk med understøttelse af aftalernes implementering i den daglige drift.

### 5.3.2 Forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser

Vi ønsker, at færre borgere indlægges på hospital, hvis det kan forebygges gennem en tidlig og koordineret indsats. Aftalen skal medvirke til at undgå hospitalsindlæggelser og genindlæggelser, der kan forebygges ved rettidig og effektiv opsporing, behandling, pleje og træning i kommuner og praksissektoren og i samarbejde med ambulatorier og andre afdelinger på hospitalerne.

Forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser kræver nogle gange særlige indsatser, men ofte er der også tale om et fokus, der skal integreres i de indsatser, borgeren allerede modtager. Målgruppen for indsatsområdet er de sårbare borgere, der f.eks. gennem tilknytning til kommunale tilbud, hyppige indlæggelser eller hyppige kontakter til almen praksis, er i kontakt med sundhedsfaglige medarbejdere.

Det drejer sig primært om ældre medicinske patienter og borgere med somatisk eller psykisk kronisk sygdom og/eller hyppige indlæggelser. Herudover er der en særlig udfordring omkring genindlæggelser af nyfødte.

Forudsætningen for, at akutte indlæggelser kan forebygges, er en øget opmærksomhed på og opsporing af begyndende sygdomsudvikling eller forværring af sygdom. Kommunerne og almen praksis har derfor en væsentlig rolle i forhold til den tidlige opsporing. Men tidlig opsporing kan ligeledes foregå på hospitalerne i forbindelse med indlæggelser og ambulante forløb, og man skal her være opmærksomme på muligheden for henvisning til kommunale tilbud. Herudover kan tidlig indsats forudsætte hurtig adgang til specialistudredning på hospital eller hos praktiserende speciallæge.

## Endeligt udkast – Sundhedsaftalen 2015 - 2018 – administrativ del



### Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- Styrke det tværsektorielle samarbejde om tidlig opsporing og tidlig indsats ved at implementere redskaber, som er udviklet til formålet, og som så vidt muligt er evidensbaseret, og derudover tage afsæt i en opsamling af erfaringerne med tidlig opsporing og tidlig indsats.

#### 5.3.2.1 Akutte indsatser

I de seneste aftaleperioder er mulighederne for at yde akut og kompleks pleje og behandling udviklet i det nære sundhedsvæsen. Akutte indsatser i den kommunale sygepleje kan være med til at mindske antallet af forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser og skabe tilbud om pleje, observation og behandling tæt på borgernes hverdagsliv og lokalmiljø.

For borgere med psykisk sygdom vil en udbygget adgang til kommunale akutte indsatser ligeledes kunne være med til at forebygge indlæggelser og genindlæggelser.

### Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- Med udgangspunkt i eksisterende erfaringer udarbejdes aftaler for samarbejdet mellem kommuner, hospitaler og almen praksis omkring de kommunale subakutte/akutte pleje- og behandlingstilbud. Aftalerne skal beskrive samarbejdet omkring og ansvarsfordelingen af det lægefaglige behandlingsansvar, tilgængelighed for lægefaglig rådgivning og vurdering af borgerens situation og samarbejde om understøttelse samt oplæring af medarbejdere. Aftalerne skal omfatte både psykiatri og somatik.

#### 5.3.2.2 Genindlæggelser af nyfødte og arbejdsdeling omkring fødslen

Der har i den forrige aftaleperiode været en omlægning på fødeområdet, som giver langt flere ambulante fødsler og tidlige udskrivelser efter fødsel. Samtidig er antallet af nyfødte, der genindlægges, steget markant.

Der er primo 2014 udarbejdet en aftale om arbejdsdeling mellem parterne for alle typer fødsler. Aftalen skal sikre, at Sundhedsstyrelsens anbefalinger på området samt de politiske aftaler i Region Hovedstaden følges. Herunder er der i aftalen særligt fokus på, at alle familier modtager tæt opfølgende kontakt i den første sårbare tid efter fødsel og især hjemkomst. Der er behov for, at der følges op på, om aftalen virker efter hensigten. Herunder er der særligt behov for at undersøge, om aftalen i tilstrækkelig grad indeholder indsatser, der kan medvirke til at reducere antallet af genindlæggelser af nyfødte.

### Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- Analysere genindlæggelsesmønstret for nyfødte med henblik på vurdering af, om der er behov for implementering af yderligere tværsektorielle indsatser.



### 5.3.3 Den gode udskrivelse som forebyggelse af genindlæggelser

Den gode udskrivelse vil for mange borgere forudsætte, at udskrivelsen forberedes allerede ved indlæggelse. Rettidig inddragelse af og information til kommuner og praktiserende læger samt en inddragende og helhedsorienteret vurdering af borgerens situation kan understøtte borgerens oplevelse af sammenhæng og kvalitet i indsatsen og forebygge genindlæggelser. I aftaleperioden ønsker vi at forbedre udskrivelsen for den enkelte borger på både det somatiske og psykiatriske område. Det vil vi bl.a. gøre ved at skabe overblik og koordinere de mange indsatser såsom forløbskoordination, regionale følgeordninger og kommunale opfølgingsindsatser. Ikke alle ordninger er implementeret i samme grad.

#### 5.3.3.1 Forløbskoordination

Sundhedskoordinationsudvalget har godkendt en model for fælles regional/kommunal forløbskoordination for særligt svækkede ældre medicinske patienter, som er under implementering.

#### Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- For at skabe overblik og effektiv ressourceudnyttelse vil vi sikre koordinering og implementering i forhold til forløbskoordination og de regionale og kommunale følgeordninger: Følge hjem, ringe hjem og opfølgende hjemmebesøg samt øvrige kommunale ordninger, der følger op efter udskrivelse.

#### 5.3.3.2 Behandlingsredskaber og hjælpemidler ved udskrivelsen

Borgerne udskrives i dag tidligere og er ofte mere plejkrævende og mindre mobile og selvhjulpne ved udskrivelsen. Dette øger behovet for hjælpemidler. Det er vigtigt, at de hjælpemidler og behandlingsredskaber, som borgeren har behov for, er til rådighed ved udskrivelsen fra hospital, samt at borgeren har modtaget den nødvendige instruktion i brugen af hjælpemidlet og behandlingsredskabet.

For at sikre en klar ansvarsfordeling mellem kommune, hospital eller borgeren selv er der udarbejdet et snitfladekatalog, som skal give klarhed over arbejdsdelingen vedrørende udlevering, afprøvning, instruktion, tilpasning og opfølgning på borgerens brug af behandlingsredskabet eller hjælpemidlet. Snitfladekataloget er et dynamisk aftaleredskab, som bygger på en fortolkning af afgrænsningscirkulæret,<sup>[1]</sup> og det vil løbende blive revideret.

<sup>[1]</sup> Cirkulære nr. 9079 af 22/02/2013



## **Endeligt udkast – Sundhedsaftalen 2015 - 2018 – administrativ del**

### **5.3.4 Tværsektorielt samarbejde om medicin**

For at sikre at borgerne opnår rigtig og sikker medicinering og kontinuitet ved sektorovergange, skal borgerens medicinoplysninger være opdaterede og tilgængelige ved indlæggelse på og udskrivelse fra hospitalerne, ved behandling hos praktiserende læge og speciallæge samt i kommunerne.

Kommunikation om medicin foregår hovedsagelig via Fælles Medicinkort (FMK) og vil i takt med implementeringen af FMK være en forbedring af patientsikkerheden på medicinområdet. Det skal sikres, at alle sundhedsprofessionelle, der har borgeren i pleje og/eller behandling, udveksler og har let adgang til tidstro, opdateret og korrekt information om borgerens aktuelle medicinering. Det er desuden en forudsætning for korrekt medicin i sektorovergange, at der til enhver tid er klarhed over placeringen af det lægefaglige ansvar for den samlede medicinering af borgeren.

Når borgeren afsluttes fra hospitalet videregives informationer i form af en epikrise til almen praksis og hvis relevant også til praktiserende speciallæge. Informationerne skal sikre, at almen praksis og/eller praktiserende speciallæge hurtigst muligt efter udskrivelsen har relevante oplysninger om indlæggelsen/behandlingen med henblik på det videre forløb.

#### **Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:**

- Understøtte en samlet set hurtigere fremsendelse af epikriser til egen læge end i dag. Særligt for borgere, hvor kommunen eller egen læge er umiddelbart involveret i den fortsatte behandling af borgeren, sikres det, at epikrisen fremsendes til egen læge samme dag for borgere udskrevet på hverdage inden kl. 12 og ellers senest en hverdag efter udskrivelsen af borgeren.
- Præcisere organiseringen og ansvarsfordelingen i samarbejdet mellem kommunerne, hospitalerne og praksissektoren med fokus på rettidig og korrekt medicinkommunikation. Det skal til enhver tid være klart kommunikeret, hvem der har det lægefaglige ansvar for den samlede medicinering af borgeren.
- Implementere en tværsektoriel model for systematisk medicingennemgang og medicinafstemning.

### **5.3.5 Særlige målgrupper**

#### **Palliative patienter**

Der er behov for, at der sker en videndeling mellem det specialiserede palliative niveau på hospitalerne og hospices og det basale niveau i kommunerne, så de specialiserede palliative enheder i tiltagende grad varetager en rådgivnings-, undervisnings- og sparringsfunktion i forhold til det basale niveau.



## administrativ del



Patienterne skal tilbydes sammenhængende palliative forløb. Det er derfor vigtigt, at der er et godt tværsektorielt samarbejde mellem de udgående palliative teams/udgående hospiceteams, hjemmeplejen og almen praksis.

### Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- Vi har i 2014 udarbejdet en fælles plan for implementering af anbefalingerne i det nationale forløbsprogram for kræftrehabilitering og palliation, som vi vil følge.

### Borgere med erhvervet hjerneskade

Der er behov for et særligt fokus på borgere med erhvervet hjerneskade med henblik på at sikre effektive og sammenhængende forløb og for at mindske følgerne af hjerneskaden og derigennem borgerens mulighed for at opnå et selvstændigt og meningsfuldt liv.

### Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- Arbejde med implementering af Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer for rehabilitering af børn og voksne med erhvervet hjerneskade.
- Etablere indsatser, som kan forebygge genindlæggelser og forværring af borgerens og familiens situation. Det kan eksempelvis handle om opretholdelse af en hjerneskadekoordinationsfunktion i kommunerne, gennem etablering af mulighed for revurdering/tilbageløb for borgere med særlige problemstillinger og gennem etablering af graduerede rehabiliteringstilbud både i kommunerne og på hospitaler.

### Borgere med demenssygdomme

Borgere med demenssygdomme og deres pårørende er en særlig sårbar målgruppe. Det forventes, at der afledt af den aldrende befolkning i de kommende år vil komme en øget efterspørgsel efter tilbud til demente. Grundet kognitiv svækkelse har disse borgere svært ved at tage ansvar for eget forløb, hvorfor det er særligt vigtigt at sikre ordentlig overdragelse/ledsagelse af demente på tværs af sektorer. Det kan f.eks. være relevant i forbindelse med udredningsforløbet på hospitalet og den videre indsats i kommune og ved praktiserende læge eller i forbindelse med akut indlæggelse eller besøg i akutmodtagelse. Det er vigtigt at sikre et særligt fokus på de pårørende til demente, som kan være i særlig risiko for at udvikle sygdom på grund af overbelastning.

### Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- Understøtte indsatser, der fremmer tidlig og kvalificeret opsporing, idet jo tidligere sygdommen opdages, des bedre er mulighederne for at vælge effektive behandlingsmetoder, planlægge den sociale indsats og inddrage borgeren og de pårørende som aktive samarbejdspartner.





## Endeligt udkast – Sundhedsaftalen 2015 - 2018 – administrativ del

- Tilrettelægge og gennemføre den videre implementering af forløbsprogrammets indsatser samt revisionen af forløbsprogrammet med afsæt i den gennemførte evaluering af forløbsprogrammet for demens.

UDKAST TIL SUNDHEDSAFTALE - GODKENDT AF SKU



## 5.4 Genoptræning og rehabilitering

I dette afsnit af sundhedsaftalen sættes fokus på vores opgaver, samarbejde og kommunikation i forbindelse med genoptræning og rehabilitering. Genoptræning har også været et indsatsområde i de to foregående sundhedsaftaler, men området er nu bredt ud til også at omfatte rehabilitering.

Rehabilitering er ”en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv.”

Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger, og består af en koordineret, sammenhængende og videnbaseret indsats.

Mens genoptræning handler om at generhverve funktionsevne og færdigheder ved at gennemføre træning og specifikke øvelser, er rehabilitering rettet mod borgerens samlede funktionsevne og livssituation (se tekstboks).

Den overordnede målsætning med indsatsområdet er, at borgere med nedsat funktionsevne, som er relateret til somatisk eller psykisk sygdom, tilbydes et sammenhængende forløb af høj faglig kvalitet, når de har behov for genoptræning og rehabilitering. Det er et fælles mål, at flest mulige borgere med tabte funktionsfærdigheder får mulighed for at vende tilbage til et selvstændigt og meningsfuldt hverdagsliv og tilknytning til arbejdsmarkedet trods de forandringer, som sygdom kan medføre.

Det er afgørende for en vellykket genoptræning og rehabilitering, at indsatser sker koordineret mellem relevante parter på tværs af faggrupper, forvaltninger og sektorer, og at borgeren og eventuelle pårørende er aktive samarbejdsparter så tidligt som muligt i processen. Genoptrænings- og rehabiliteringsindsatsen skal være forventningsafstemt med borger og tilrettelagt individuelt efter den enkelte borgers samlede situation og ressourcer. For at understøtte lighed i sundhed skal der være opmærksomhed på særligt sårbare borgere herunder borgere med vidtgående psykisk og/eller fysisk handicap.

En væsentlig udfordring i det tværsektorielle og tværfaglige samarbejde om rehabilitering er, at de fagprofessionelle ofte tillægger begreber som recovery, rehabilitering, habilitering og genoptræning forskellig betydning. På genoptræningsområdet er en af udfordringerne, at der kan være uens praksis for, hvad der defineres som henholdsvis træning, genoptræning og behandling. En gensidig og fælles forståelse af begreber og principper skal derfor være bærende elementer i målsætningerne i dette afsnit.

## administrativ del



Genoptrænings- og rehabiliteringsområdet er i udvikling. Blandt andet har den nye førtidspensionsreform og sygedagpengereformen også betydning for arbejdet med rehabilitering på tværs af sektorerne. Det er derfor vigtigt at følge udviklingen på området og løbende forholde sig til, om der er behov for at samarbejde om nye indsatser, efterhånden som reformerne implementeres. På genoptræningsområdet, er der kommet ny bekendtgørelse og vejledning, som stiller krav til organisering og ændrede arbejdsgange i samarbejdet mellem kommuner og hospitaler.

### 5.4.1 Koordination og tidlig indsats

Hvis genoptræning og rehabilitering for alvor skal have effekt, skal indsatserne koordineres tværsektorielt og påbegyndes tidligt i et forløb. Kommuner, hospital og almen praksis skal derfor tidligt have fokus på udredning af funktionsevne, genoptrænings- og rehabiliteringsbehov samt på hvilke tidlige indsatser, der kan være med til at hindre, at patienten bliver svagere i løbet af behandlingsforløbet, eller at senere rehabiliteringsbehov kan begrænses før behandling eller planlagt operation. På hospitalerne skal personalet have fokus på patientens samlede forløb, og hvad der skal ske i det videre forløb med patienten, og at der henvises til relevant genoptræning og rehabilitering i kommunerne. I kommunerne er det vigtigt, at der er koordination af indsatser mellem social-, beskæftigelses-, undervisnings- og uddannelses-, børne- og sundhedsområdet organisatorisk samt i den enkelte borgers forløb.

#### Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- For at sikre mindst mulig tab af funktionsevne under indlæggelse vil vi sikre, at hospitalerne har tilstrækkeligt fokus på mobilisering og genoptræning af ældre medicinske patienter.

### 5.4.2 Kommunikation

Et centralt redskab til at sikre koordinationen er kommunikation gennem MedCom-standarderne Genoptræningsplan (GOP) og Henvisning (REF01). I dag anvender hospitalerne en Genoptræningsplan (GOP) til at henvise til genoptræning og en Henvisning (REF01) til rehabilitering. Mange borgere vil både have genoptrænings- og rehabiliteringsbehov og vil derfor med de eksisterende MedCom-standarder både skulle have en GOP og en REF01. Det medfører dobbelte arbejdsgange og u hensigtsmæssig ressourceudnyttelse, når der er kommunikation om den samme borger fra hospital til kommune gennem to forskellige meddelelestyper. Der er derfor behov for løbende at se på, hvordan henvisninger og arbejdsgange kan tilrettelægges bedst muligt for personalet, og for at sikre at borgerne henvises relevant og rettidigt med de gældende kommunikationsredskaber. Det forventes, at den nye bekendtgørelse for genoptræningsområdet følges op af ændrede MedCom-standarder i løbet af aftaleperioden.



## **Endeligt udkast – Sundhedsaftalen 2015 - 2018 – administrativ del**

### **Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:**

- For at skabe mere smidige kommunikationsveje mellem hospital og kommune om borgere med samtidigt behov for genoptræning og rehabilitering vil vi bl.a. i takt med udviklingen af MedCom-standarderne arbejde for, at den samme MedCom-standard anvendes til både genoptrænings- og rehabiliteringsforløb

### **5.4.3 Fokus på faglig kvalitet**

Der er behov for kontinuerligt at udbygge og udbrede evidens for de indsatser, der virker. I den foregående sundhedsaftale blev der arbejdet med brug af evidens dels gennem udarbejdelse af genoptræningsforløbsbeskrivelser og dels gennem fokus på evidens i forhold til testapparater mm. Et eksempel til efterfølgelse er Dokumentalistrapporten om anbefalinger til superviseret fysisk træning, som beskriver evidens for samtræning af diagnosegrupper (KOL, diabetes og hjertekar) samt forslag til ensretning af testapparat for de enkelte diagnosegrupper. Hermed sikres monitorering og mulighed for databasefællesskab i hele regionen. I den forbindelse vil Rehabiliteringsdatabasen, der er under udvikling, skulle anvendes. I denne aftaleperiode vil vi videreudvikle vores samarbejde om udbygning og udbredelse af evidens for genoptræningsindsatser. I den forbindelse vil vi indledningsvis aftale, hvordan tværsektorielle genoptræningsforløbsbeskrivelser kan fortsat udarbejdes i et effektivt og gensidigt forpligtende samarbejde mellem kommuner og hospitaler og med et fælles ansvar for finansieringen. Disse opgaver er meget ressourcekrævende og derfor svære at løfte både for de enkelte kommuner og de enkelte hospitaler.

### **Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:**

- For at skabe sammenhæng i genoptræningsforløb, der bygger på mest mulig evidens, skal allerede igangsat udvikling af tværsektorielle genoptræningsforløbsbeskrivelser færdiggøres og implementeres. Arbejdet med at udvikle nye tværsektorielle genoptræningsforløbsbeskrivelser fortsættes ud fra en organisering af udviklingsarbejdet, der er ressourceeffektiv.
- Udvikle og implementere retningslinjer for træning før operation eller behandling indenfor udvalgte diagnosegrupper, hvor der er evidens for effekt (eksempelvis ryg, knæ og skulder).
- Fortsætte den fælles implementering af valide og pålidelige test og målinger for konkrete patientgrupper.



## administrativ del

### 5.4.4 Arbejdsdeling og opgaveansvar

Den nye Bekendtgørelse med tilhørende vejledning om genoptræning<sup>2</sup> indeholder nye og ændrede krav til organisering og arbejdsgange mellem kommuner og hospitaler. For at understøtte en klar arbejdsdeling og et tydeligt opgaveansvar skal der derfor indgås aftale om udmøntning af disse. Det kan eksempelvis ske gennem udarbejdelse af et nyt snitfladekatalog og fastsættelse af ventetider, der hvor det er sundhedsfagligt begrundet. I den forbindelse vil det være væsentligt, at sikre sammenlignelige opgørelsesmetoder for ventetider og samarbejde om at udnytte kapaciteten bedst muligt, for at sikre mindst mulig ventetid.

Derudover er der nye nationale ”visitationsretningslinjer for personer med erhvervet hjerneskade” på vej, som parterne også er forpligtet til at implementere.

#### Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- Indgå aftale om udmøntning af Bekendtgørelse samt vejledning<sup>2</sup> om genoptræning eksempelvis ved udarbejdelse af et nyt snitfladekatalog og fastsættelse af ventetider, der hvor det er sundhedsfagligt begrundet.
- Implementere nationale visitationsretningslinjer for personer med erhvervet hjerneskade, når retningslinjerne udkommer.

### 5.4.5 Samarbejde på fysioterapiområdet

Borgere, der modtager vederlagsfri fysioterapi, har varige og alvorlige lidelser, og vil derfor ofte have behov for en helhedsorienteret og sammenhængende tværfaglig indsats. I sundhedsaftalen skal der sættes fokus på sikring af faglig kvalitet i forhold til rehabilitering og/eller genoptræning, koordinering og opfølgning for gruppen af borgere, der samtidig modtager vederlagsfri fysioterapi.

Det er i aftalen desuden oplagt at se på, hvordan man kan afdække gråzonen mellem de praktiserende fysioterapeuter og de kommunale tilbud om rehabilitering og genoptræning og tilbud om vederlagsfri fysioterapi. Aftalerne fra sundhedsaftalen skal indarbejdes i praksisplan for fysioterapi med virkning fra 2015-2018.

#### Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- Sikre løbende dialog mellem kommunen og praktiserende fysioterapeuter om gråzonen mellem de kommunale og praktiserende fysioterapeuters tilbud om rehabilitering, genoptræning og vederlagsfri fysioterapi med henblik på at sikre en hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcerne således, at borgerne sikres et sammenhængende forløb.

<sup>2</sup> ”Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus” BEK nr 1088 af 06/10/2014 og ”Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner” VEJ nr 9759 af 08/10/2014.

Dato: 8. oktober 2014

Tlf. dir.: 4477 3549

E-mail: sito@balk.dk

Kontakt: Sidse-Marie Toubroe

## Notat

### **Hørings svar vedr. Sundhedsaftale III, 2015-2018 - Administrative del**

De ni kommuner i Region Hovedstadens midtklynge; Ballerup, Egedal, Furesø, Gentofte, Gladsaxe, Herlev, Lyngby-Taarbæk, Rudersdal og Rødovre afgiver hermed et fælles høringssvar.

Kommunerne i Planområde Midt har med interesse læst udkastet til den administrative del af Sundhedsaftalen 2015 – 2018 mellem Region Hovedstaden og kommunerne i regionen.

Overordnet bakker kommunerne op om aftalens indhold og anerkender at processen har været præget af et stort tidspres.

Der er enighed om, at intentionerne er gode, men generelt er aftalen meget overordnet, og der mangler fortsat handlinger, samt at aftalen bliver mere målbar. Vi finder det vigtigt i første omgang at få lavet aftaler om overdragelse og lægefagligt ansvar.

Mange steder i aftalen lægges op til, at konkrete aftaler først præciseres undervejs i aftaleperioden, og i den forbindelse er det væsentligt, at det er gensidigt forpligtende at inddrage hinanden i planændringer samt foretage den løbende forventningsafstemning, som er grundlaget for et tillidsfuldt samarbejde.

Kommunerne i Planområde Midt finder, at udkastet til sundhedsaftale III er meget ambitiøst, og kan være i tvivl om, hvorvidt aftalens fulde indhold realistisk set, kan implementeres i aftaleperioden. Derfor mener vi, at det er af største vigtighed, at der snarest efter aftalens godkendelse dannes en robust organisering, og at der hurtigst muligt kan ske yderligere konkretisering i implementeringsplanerne.

Midtklyngen ønsker på den baggrund særligt at henlede opmærksomheden på nedenstående fem væsentlige områder, som bør præciseres i Sundhedsaftale III:

### **1. Vedrørende epikriser og kommunikation:**

Der står anført, at det skal afklares hvilke patientkategorier som kunne have særlig gavn af, at epikriser udsendes samtidigt med udskrivelse. Kommunerne i Midtklyngen ønsker at epikriserne fremsendes ved udskrivelse for *alle* patientkategorier. Der er to årsager til ønsket om denne skærpelse:

- Epikrisen inkl. medicinliste er en grundlæggende forudsætning for at patienten er administrativt færdigbehandlet (og dermed kan udskrives). Deraf følger også, at der ikke kan opkræves takst for liggedage for færdigbehandlede, hvis epikrisen ikke foreligger - idet patienten så ikke er færdigbehandlet. Derudover er medicinlisten strengt nødvendig for at kommunen kan overtage og sikre medicin håndtering fremadrettet.
- Primærsektoren arbejder på at optimere arbejdsgange så der kan tilbydes opfølgende hjemmebesøg til alle relevante borgere. Både praktiserende læger og kommunale sygeplejersker skal kunne initiere et opfølgende hjemmebesøg. Epikrisen er en forudsætning for afholdelse af opfølgende hjemmebesøg.

Kommunerne finder således at epikriserne er et væsentligt og nødvendigt værktøj i at sikre gode udskrivningsforløb og hensigtsmæssig opfølgning i kommunerne.

Endvidere finder kommunerne i Midtklyngen at kommunikationsaftale skal revurderes så den støtter op om og er i overensstemmelse med den nye Sundhedsaftale. Der skal være tale om en grundig revurdering, der sikrer, at det i højere grad er *kvaliteten* af kommunikationen, der er i fokus frem for *kvantiteten*.

### **2. Opgaveoverdragelse:**

Et vigtigt område er opgaveoverdragelse, hvor kommuneklynge Midt ønsker det tydeligere, at *alle* opgaveoverdragelser bør ske planlagt og aftalt. Det er væsentligt at hospitalerne ikke unilateralt beslutter at ændre praksis (som det fx er sket ifh til optageområde og medicinudlevering). Der bør desuden være et forstærket fokus på de indirekte konsekvenser af, at opgaver flyttes *inden for* sektorer; fx når sygehuse omlægger til mere ambulante aktiviteter eller fx ønsker at nedbringe anvendelsen af højt specialiserede (og dyre) rehabiliteringstilbud til hjerneskadede, og dermed omlægger serviceniveauet, hvilket har betydning for det kommunale arbejde.

- Midtklyngen finder, at det er afgørende, at aftale om opgaveoverdragelse samt aftaler om varetagelse af lægefagligt ansvar skal prioriteres i implementeringsplanen

### **3. Almen praksis:**

Midtklyngen finder generelt, at aftalernes ordlyd ikke virker forpligtende, og finder, at almen praksis i højere grad skal være systematisk medtænkt/rollebeskrevet i relation til alle relevante indsatser, og at almen praksis skal forpligtes relevant i aftalens konkrete målsætninger.

Kommunerne har behov for at være tættere på arbejdet med at udarbejde praksisplan, som skal forpligtige de praktiserende læger i overensstemmelse med Sundhedsaftalen.

#### **4. Implementeringsplaner:**

Vi ser implementeringsplanerne som en mulighed for at præcisere arbejdsgange og forpligtelser samt skabe overblik over indsatserne, men er bekymrede over, at forpligtelserne på et mere overordnet plan ikke er klar allerede i selve sundhedsaftalen. Det, at aftaler ikke er skrevet ind i sundhedsaftalen fra begyndelsen, bidrager til at gøre aftalen ukonkret, og kan vi frygte, mindre forpligtende for aftaleparterne.

Vi er enige i den skitserede proces, hvor den første implementeringsplan vil indeholde indsatser, som skal iværksættes de første to år. Kommuneklynge Midt finder det væsentligt, at *alle* indsatser prioriteres fra starten og beskrives i en overordnet tidsplan for at sikre gennemførelse af *alle* indsatserne i løbet af aftaleperioden. Derudover er det nødvendigt at få udarbejdet indikatorer på *alle* indsatserne.

- Midtklyngen finder, at det er meget væsentligt, at der sker en prioritering af hvilke indsatser, der skal løftes hvornår i aftaleperioden.
- Kommunerne finder det vigtigt, at implementeringsplanerne bliver specifikke i forhold til de konkrete indsatser og i forhold til udvikling af proces og resultatparametre.

Kommunerne i Planområde Midt har endvidere en række bemærkninger både på det overordnede og det mere detaljerede plan. Bemærkningerne er skrevet nedenfor i relation til afsnitsnummereringen.

### **Kapitel 1: Organisering, implementering og opfølgning**

Implementering af Sundhedsaftale III forudsætter et tæt og velfungerende samarbejde både tværsektorielt og kommunerne imellem i regi af samordningsudvalgene for såvel det somatiske som det psykiatriske område. Derfor bør der allerede i starten af aftaleperioden iværksættes en fælles proces med henblik på at styrke samarbejdet i samordningsudvalgene på det psykiatriske område.

**Ad 1.1:** *"Sundhedskoordinationsudvalget vil ligeledes sikre en løbende dialog med Praksisplanudvalget og Patientinddragelsesudvalget om implementeringen af sundhedsaftalen."* Der bør være en mere forpligtende ordlyd i relation til særligt almen praksis forpligtelse til gensidigt samarbejde.

I sidste afsnit bør der stå, at strukturen skal tilrettelægges så den understøtter arbejdet med nye samarbejdsformer, herunder såvel tværkommunale som tværsektorielle samarbejder.



**Ad 1.2.1:** Indikatorerne er udpeget, så de i videst muligt omfang kan sige noget om effekt for borgerne. I afsnittet beskrives vanskelighederne med at pege på relevante indikatorer i relation til at vurdere arbejdet med borgeren som aktiv samarbejdspart. Det stiller vi os undrende overfor, da fx Den landsdækkende Undersøgelse af Patienttilfredshed spørger til patientinddragelse. På et så politisk væsentligt fokusområde, bør indikatorerne fremgå fra aftalens start.

**Ad 1.2.2:** Implementeringsplanen tegner til at blive et rigtig godt redskab for det konkrete arbejde i aftaleperioden. Der savnes i beskrivelsen ordlyd en forpligtelse af alle parter til gensidigt samarbejde. Endvidere er det vigtigt at sikre, at den enkelte indsats kan forventes at have sammenhæng med den ønskede effekt. Eksempelvis er det ikke tilstrækkeligt med indsatsen "*Afklare hvilke patientkategorier, der kunne have særligt gavn af, at epikrisen udsendes samtidigt med, at borgeren udskrives*" for at kunne opnå effekten, at almen praksis kan følge op på behandlingen af borgeren umiddelbart efter udskrivelsen.

**Ad 1.2.3:** I relation til vurderingen af behov for fælles kompetenceudvikling savnes en præcisering af, hvor ansvaret for udviklingen og finansieringen af den fornødne kompetenceudvikling er placeret.

**Ad 1.3:** For at skabe sammenhæng til de øvrige samarbejdsfora mellem region, kommune og almen praksis bør den regionale forebyggelsespulje og samarbejdet med Tværsektoriel forskningsenhed nævnes specifikt.

**Ad 1.4:** I relation til afsnit om kapacitetstilpasning ønskes en præcisering af den gensidige forpligtelse, som også kan afspejle det kommunale behov for at kunne drøfte kapacitetsplaner/problemer i en ligeværdig kontekst.

Tredje afsnit: der bør stå "... så tidligt som muligt **inddrage** hinanden i ændringer ...". I stedet for den nuværende formulering, som er mindre forpligtende.

I sidste afsnit ønskes ordet "forebyggelse" at indgå. Dvs. "... kommunerne skal i videst mulig omfang ... fx tilbud indenfor forebyggelse, rehabilitering, genoptræning,..."

## **Bilag 2: Skabelon til implementeringsplan**

Der henvises til en nummerering i skabelonen, som ikke kan genfindes i selve sundhedsaftalen.

**Ad Relevant indikator:** Er det hensigten, at implementeringsplanen skal tage udgangspunkt i de 13 indikatorer og ikke de 74 indsatser? Vi mener planen bør tage udgangspunkt i indsatserne, og i så fald bør den stå som første kolonne.

**Ad Ansvar for igangsættelse og gennemførelse:** Den måde, ansvaret er placeret på og den proces, der dermed lægges op til, er noget tung og meget arbejde er lagt i DAS.

**Ad Tidsplan:** Det fremgår ikke, om indsatsen bare skal igangsættes eller om den skal være afsluttet. Der er brug for en mere specifik tidsplan end fx "2015".

**Ad Effekt:** Denne kolonne synes overflødig i en implementeringsplan. Det skulle gerne fremgå af teksten i selve sundhedsaftalen, hvad den forventede effekt er. I stedet skal der bruges mere plads på opgaven, ansvarsfordeling og tidsplan.

**Ad Kompetenceudvikling:** Bør udgå, da det ofte vil være en del af opgaven at vurdere, om der er behov for kompetenceudvikling og for hvem. I så fald skal det beskrives som en del af "opgaven", at der skal tages stilling til kompetenceudvikling.

Det bør overvejes, om skabelonen skal indeholde en kolonne omkring økonomi.

## **Kapitel 2: Borgeren som aktiv samarbejdspart**

**Ad 2.0:** De to øverste afsnit på s. 10 kunne med fordel komme op i et indledende afsnit, da de er generelle for hele sundhedsaftalen. Borgerinddragelsen skal gælde for alle afsnit, og i afsnittet kommer der en definition af hvad "borger" dækker over.

Der bør være en reference til hvidbogens definition af rehabilitering hvilket endvidere skal samstemmes med afsnit 5.4 (om genoptræning). Derudover bør begreber som rehabilitering og recovery indgå i afsnittet, således at det understreges, at borgeren understøttes i egen proces og egne mål. Dette er både relevant i forhold til psykiatri og somatik.

**Ad 2.1:** Man skal være opmærksom på, at der allerede på voksenhandicap og psykiatriområdet er erfaringer med anvendelse af voksenundretningsmetoden, der systematisk inddrager borgerens egen vurdering og indeholder formål og mål for de indsatser, der sættes i værk.

Første dot lægger op til at bruge eksisterende metoder, men i forhold til ulighed i sundhed viser det sig, at de eksisterende metoder ikke virker over for de svageste. Kommuneklynge Midt vil lægge op til, at det sikres, at der tages initiativ til, at der udvikles nye metoder som de svageste i behandlingssystemet kan profitere af. Desuden bør ordet pårørende ikke fremgå, da der jo tidligere er defineret, at ordet "borger" også dækker over pårørende.

2. dot: I forbindelse med telemedicin bør det undersøges hvilke borgere, som profilerer bedst af at anvende telemedicin.

Der foreslås indsat en ekstra dot med teksten: *"Undersøge hvordan sundhedsprofessionelle kan tilrettelægge deres tilbud, så de bedst muligt tilgodeser borgernes behov og er til mindst gene for deres mulighed for at opretholde en så normal livsførelse som muligt, herunder opretholde tilknytningen til arbejdsmarkedet"*.

**Ad 2.2:** I den indledende tekst er samarbejdet med borgerne beskrevet i en kontekst, hvor de skal involveres, når det giver mening. I det efterfølgende afsnit om, hvad der skal gøres, er samarbejdet med borgerne beskrevet i en kontekst, hvor borgerne systematisk inddrages. Disse to afsnit bør ensrettes.

Det anses generelt som problematisk, at der ikke er opstillet konkrete indikatorer for borgeren som aktiv samarbejdspart. Der savnes en kobling til afsnittet om ulighed i sundhed. Hvilke borgere er det vi forventer at kunne invitere ind til samarbejde? Vi foreslår derfor at tilføje en dot med teksten: *"Gennemføre en række kvalitative undersøgelser med en række af de mest udsatte grupper, der kan afdække nogle af de oplevede udfordringer i de tværsektorielle forløb"*.

### **Kapitel 3: Nye og bedre samarbejdsformer**

Mange gode intentioner om at skabe sammenhængende forløb strander på modsatrettede incitamentstrukturer, som er iboende den eksisterende finansiering af sundhedsvæsenet. Fælles indsats med samfinansiering er derfor helt nødvendige. Økonomien er afgørende, og samfinansiering kan med fordel stå tydeligere og evt. også med en henvisning til den politiske aftale.

Nederst på s. 12 er en række sårbare grupper fremhævet. Udviklingen af principper bør tage udgangspunkt i de udfordringer disse grupper har. Vi mener derudover også at gruppen med anden etnisk baggrund end dansk skal fremhæves.

I 2. dot er det upræcist at skrive "større" projekter? Menes der i forhold til budget, ressourceforbrug, antal borgere omfattet, antal kommuner, der deltager, mv.?

Der savnes en konkretisering af muligheder for nye og bedre samarbejdsformer på tværs af sektorgrænser. Eksempler på konkrete muligheder for tværsektorielle samarbejder indenfor hhv. det psykiatriske og det somatiske område kunne være:

#### **Psykiatri:**

- Forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser/udskrivningskoordinering vedr. de psykiatriske patienter (koordinerende funktioner i lighed med det somatiske område).
- Fremskudt psykiatri i forhold til udredning af dobbeltdiagnose, hvor psykiatri er fast tilknyttet og til stede ved udredning af borgere på kommunale og private misbrugscentre.

#### **Somatik:**

- Fællesskab vedr. akut ambulatoriefunktion hos hjemmeboende i samarbejde mellem AMA og kommunens egen akutte sygeplejefunktion.
- Identifikation af indlagte patienter, hvor det giver mening allerede under indlæggelse at planlægge træningsforløb efter udskrivelse.

## **Kapitel 4: Lighed i sundhed**

Vi anbefaler, at der i det indledende afsnit fremhæves, at temaet *"lighed i sundhed"* skal være gennemgående i hele Sundhedsaftalen.

I forhold til psykiatriområdet er intentionerne helt i overensstemmelse med det kommunale paradigmeskifte, hvor recovery og rehabilitering samt empowerment er i fokus.

Generelt mener vi ikke, at afsnittet er fyldestgørende i forhold til at folde den politiske aftale ud. Blandt andet mangler forebyggelsesperspektivet eksplicit at blive italesat i afsnittet. Endvidere er borgerinddragelsesperspektivet ikke inddraget i afsnittet.

**Ad 4.1:** Begrebet *"differentierede indsatser"* bruges gentagne gange, men det er uklart, hvad der præcist menes.

**Ad 4.1.1:** I første dot om identifikation foreslås tilføjet: *"ud fra det positive brede sundhedsbegreb med fokus på både mentale, sociale og fysiske aspekter"*.

I begge dots anbefales det, at indsætte ordet *"proaktiv"*. Det er vigtigt, at der i alle sektorer handles på nye måder, for at de mest udsatte grupper rent faktisk gør brug af tilbuddene.

2. dot: Der er behov for at arbejde med metoder til at identificere social sårbarhed. Der er allerede arbejdet med dette i Region Syddanmark og Region Midtjylland igennem flere år, så der vil være viden at trække på. Hvorfor der ikke skal udvikles så meget, men i højere grad identificeres metoder til afprøvning.

I forbindelse med opsporing af sårbarhed ønskes fokus på undersøgelse af sygdomsforståelse i forhold til deltagelse og fastholdelse i behandlingsforløb, forløbsprogrammer og forebyggende tiltag.

## **Kapitel 5: Sammenhæng og kvalitet**

Kapitlet er naturligvis centralt og indikatorerne forekommer alle relevante. Det er imidlertid en udfordring at målene ikke er målbare, og vi vil opfordre til at man, beskriver hvilke eksisterende data baseline defineres ud fra og hvordan eventuelle nye data defineres og opstille succeskriterier i forhold til dette i den kommende implementeringsplan. Indikatorernes ordlyd skal være mere forpligtigende.

### **Kapitel 5.1: Tværgående indsatsområder**

**Ad 5.1.1:** Der lægges generelt stor vægt på digitale løsninger i sundhedsaftalen, herunder Rehabiliteringsdatabasen og Fælles Medicin Kort. Desværre viser de foreløbige erfaringer fra implementering af disse, at der er betydelige udfordringer forbundet med at opnå de forventede gevinster. Midtklyngen vil foreslå, at der i sammenhæng foretages en revurdering af kommunikationsaftalen.

Der er stort behov for monitorering af effekten af rehabiliteringsforløbene! Gen-nemsigtighed i forhold til resultaterne af forløbene vil formentligt også have en po-sitiv betydning på antallet af henvisninger til de kommunale tilbud.

*"Almen praksis vil levere data fra datafangst, efterhånden som det bliver muligt ..."*  
Der savnes præcisering af hvem, der får adgang til disse data og hvordan samar-bejdet konkretiseres, samt en præcisering af hvornår det forventes muligt.

Generelt virker de to monitoreringsafsnit lidt vage og der savnes visioner. Fx *"Der er behov for at videreudvikle anvendelsen af LIS data..."*. Derudover er det proble-matisk at arbejdet med den kliniske rehabiliteringsdatabase har været så lang-sommeligt, hvilket igen får forventningerne til den kommende periode til at fremstå uambitiøse.

**Ad 5.1.2:** Målene i dette afsnit er ambitiøse, da den digitale kommunikation på be-skedbasis ikke fungerer optimalt på nuværende tidspunkt i fx psykiatrien. Anbefa-lingerne burde sikre, at dette sker indledningsvis. Dvs. der er behov for flere kon-krete indsatser og visioner i sundhedsaftalen, særligt hvis målet er *"fuld digital un-derstøttelse af relevante tværgående arbejdsgange ved, at relevante data deles på tværs af sundhedsvæsenet i 2017"*.

Vi har et ønske om, at det også fremgår, at der bør ske udbredelse af beskedbase-ret digital kommunikation mellem sundhedsplejen, almen praksis og hospitaler. Det er også et ønske, at FMK bliver nemt tilgængeligt for de sociale institutioner, og skal dermed kunne kommunikere med de it-systemer, der eksisterer indenfor det specialiserede socialområde.

**Ad 5.1.3:** Det tværsektorielle samarbejde om patientsikkerhed er baseret på et gensidigt forpligtende samarbejde mellem alle sektorer. Den enkelte praktiserende læge bør forpligtes til dette samarbejde.

**Ad 5.1.4:** I relation til beskrivelsen af forløbsprogrammer savnes en konkretisering af hvilke og hvor mange borgere (procentuelt), kommunerne bør kunne tilbyde et forløbsprogram. Der savnes også her en kobling til social ulighed og et fokus på om det er de rigtige borgere, vi skaber forløbsprogrammer for? Vi bør have en målsæt-ning for, hvordan vi skaber meningsfyldte tilbud for borgere, der ikke evner at følge et traditionelt forløbsprogram.

Vedr. forløbsprogrammer ønskes indsat en dot med teksten: *"Alle borgere i regio-nen sikres samme minimumstilbud, uanset hvor de bor"*.

**Ad 5.1.5:** Første dot, sidste sætning: Skal der ikke stå: *"Rådgivningsforpligtigelsen skal desuden indeholde tilbud til kommunerne om kompetenceudvikling indenfor evaluering og metodeudvikling?"*.

I forhold aftalen om hygiejne (3. dot), så er den ret vagt beskrevet. En opfølgning kan jo i princippet munde ud i en nedlæggelse af indsatsen. Det bør fremgå tydeli-gere, at man er enige om at regionen har en forpligtelse til at yde rådgivning vedr.

hygiejne. Et særligt fokusområde for rådgivningen kan være, hvordan de nationale infektionshygiejniske retningslinjer kan målrette den kommunale virkelighed samt et særligt fokus på multiresistente bakterier, som er en udfordring for hele sundhedsvæsenet.

**Ad 5.1.7:** *Alle* opgaveoverdragelser bør ske planlagt og aftalt.

**Ad 5.1.8:** Forskning er et område, som kommunerne i stigende omfang bør interessere sig for, da der stadig er meget sparsom viden om effekter og hensigtsmæssig organisering af de kommunale sundhedsopgaver. Det foreslåede fokus for indsatser forekommer relevant.

## **Kapitel 5.2: Forebyggelse**

**Ad 5.2.1:** Der er behov for at se forebyggelsesarbejdet i kommuner, på hospital og i praksissektoren som tæt sammenhængende. Sundhed.dk er *den* fælles platform, men det er stadig en udfordring i at få de praktiserende læger til systematisk at henvise borgere, herunder at anvende sundhed.dk samt at levere de oplysninger i henvisningerne, som kommunen har behov for.

Det undrer, at det kun er tobaks- og alkoholforebyggelsen, der nævnes.

**Ad 5.2.2:** Vi er enige i behovet for bedre kommunikation også på dette område, og meget positive i forhold til at kommunen får information tidligere om behov for svangrebesej. Besøgene kan evt. ske med deltagelse af jordemødre.

**Ad 5.2.4:** 2. dot omhandler ikke de tværsektorielle opgaver, men opgaver internt i kommunerne.

**Ad 5.2.6:** Kan der udvikles mere proaktive arbejdsgange? Fx så det ikke er borgeren der skal henvende sig til misbrugscentret, når henvisningen er sendt, men omvendt.

**Ad 5.2.8:** Der ønskes en tilføjelse til 2. dot: "Tage stilling til udvikling og implementering af forløbsprogrammer *med særligt fokus på de arbejdsmarkedsmæssige aspekter* for psykiske lidelser, når den generiske model fra Sundhedsstyrelsen foreligger".

**Ad 5.2.9:** Der kan med fordel også fokuseres på hvordan de sundhedsfremmende rammer i distriktpsychiatrien og Socialpsychiatrien kan styrkes.

## **Kapitel 5.3: Behandling og Pleje**

**Ad 5.3.1:** Det beskrives i den indledende tekst, at der skal være fokus på borgeren som aktiv samarbejdspart, men det følges ikke op i beskrivelserne for indsatser i aftaleperioden.

**Ad 5.3.2:** Her beskrives vigtigheden af det tværsektorielle samarbejde i forebyggelsen af indlæggelser, men der mangler konkrete og forpligtende aftalebeskrivelser.

**Ad 5.3.3:** I relation til den gode udskrivelse skal der være en forpligtelse af den praktiserende læge i samarbejdet.

**Ad 5.3.4:** Der lægges op til, at der i løbet af aftaleperioden skal arbejdes med præcisering af bla. det lægefaglige ansvar. Dette bør være på plads allerede, nu hvor det Fælles Medicinkort implementeres. Ordlyden kan måske ændres til "*justering*".

3. dot Der står anført, at det skal afklares hvilke patientkategorier som kunne have særlig gavn af, at epikriser udsendes samtidigt med udskrivelse. Kommunerne i Midtklyngen ønsker at epikriserne fremsendes ved udskrivelse for *alle* patientkategorier.

**Ad 5.3.5:** Der står i afsnittet, at det er særlig vigtigt at sikre ordentlig overdragelse/ledsagelse af demente på tværs af sektorer. Kommunerne har dog ikke et serviceniveau, hvor de - uanset tid på døgnet - altid kan ledsage demente.

#### **Kapitel: 5.4: Rehabilitering og genoptræning**

**Ad 5.4.2:** Der står om kommunikation, herunder elektronisk kommunikation både i dette afsnit og mange andre steder, dette kan gøres tydeligere og samles mere. Derudover er der generelt fokus på kvantitet og afsendelse af meddelelser, hvor det med fordel kunne være et større fokus på indholdet/kvaliteten af det afsendte.

**Ad 5.4.3:** Der er i høj grad brug for at arbejde med fælles udvikling og retningslinjer på dette område, så der gives en ensartet høj kvalitet og ressourcerne udnyttes optimalt. Derudover er det vigtigt, at have opmærksomhed på erfaringer gjort i andre regioner omkring dette samt inddrage den tværsektorielle forskningsenhed.

Ovenstående høringssvar kan blive suppleret af yderligere bemærkninger fra de enkelte kommuner i klyngen.

På vegne af Region Hovedstadens Midtklyngekommuner.

Inge Kristensen

Centerchef for Social- og Sundhed  
Ballerup Kommune

**LYNGBY-TAARBÆK KOMMUNE**  
**Center for Sundhed og Omsorg**

Journalnr. :  
Dato .....: 21.11.2014  
Skrevet af : dvra

N O T A T  
om  
Hjerneskodeområdet

---

Lyngby-Taarbæk Kommune har modtaget en klage fra forældrene til en yngre mand, der grundet en senerhvervet hjerneskode pt. er på genoptræningsophold på Fortunen.

Klagen har medført et politisk ønske om en redegørelse for serviceniveauet på området.

Sundhedsvæsenets bistand til borgere med en senerhvervet hjerneskode kan opdeles i en række faser:

- Fase 1: Akut behandling på hospitalet (Regionens ansvar)
- Fase 2: Rehabiliteringen under indlæggelse (Regionens ansvar)
- Fase 3: Rehabiliteringen efter udskrivelse (kommunens ansvar)
- Fase 4: Stabile vedligeholdende fase (kommunens ansvar)

Det er alene regionen, der træffer beslutning om hvornår en borger er færdigbehandlet i fase 2 og dermed skal overgå til fase 3. Der er ingen ankemulighed vedrørende disse afgørelser. Beslutningen træffes alene ud fra et kriterium om, hvornår der ikke længere er behov for dagligt speciallægetilsyn. Det er forvaltningens vurdering, at dette ikke er i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens forløbsprogram.

Der er ikke udarbejdet en kvalitetsstandard for hjerneskodeområdet, men et ydelseskatalog, der omdeles på mødet. Som udgangspunkt er serviceniveauet for borgere med en senerhvervet hjerneskode det samme som for alle andre borgere, der har brug for hjælp på beskæftigelsesområdet eller efter Service- og Sundhedsloven i relation til genoptræning, pleje, praktisk bistand, voksenspecialundervisning, socialpædagogisk støtte, hjælpemidler osv.

Når en borger er færdigbehandlet i fase 2 og overgår til videre hjælp i kommunen, er det typiske forløb:

- At borgeren enten kommer tilbage i eget hjem med relevant bistand, herunder ambulant genoptræning samt træningsindsats eller
- At borgeren får døgnophold på Træningscenter Fortunen, som gennemsnitligt indbefatter 1 times daglig fysioterapi og 1 times ergoterapi dagligt i hverdagene, samt derudover mulighed for talepædagog op til 2 timer pr. uge alt efter behov. Hertil kommer plejepersonalets ydelser, og holdaktiviteter som f.eks. frokosthold med madlavning 1 x ugentl., træning i varmtvandsbassin el. lign.



Der foretages altid en individuel, konkret vurdering af borgerens behov. Der kan eksempelvis gives ekstra træning i form af både flere træningstimer og specialiseret træning. Specialiseret træning kan være synstræning på Institutet for Blinde og svagtsynede, mobility træning, neuropsykologisk bistand, kognitiv træning og erhvervsafklaring på center for Hjerneskode samt hjemmevejledning.

Træningscenter Fortunen har på eget initiativ og indenfor egen økonomiske ramme etableret et særligt neurologisk afsnit med 8 pladser. De medarbejdere, der er tilknyttet har modtaget relevant kompetenceudvikling på området og yder også hjemmetræning til målgruppen. Der er især hjerneblødninger og blodpropper i hjernen der forudsager senerhvervede hjernesår og der forekommer hyppigst hos den ældre del af befolkningen.

Der er ikke særlige tilbud eller pladser henvendt til yngre borgere i hverken Lyngby-Taarbæk Kommune eller de omkringliggende kommuner.

## Ydelser fra Center for Træning om Omsorg

**Visitationen:** Tager på hjemmebesøg og udmåler og bevilger hjælp til

- Genoptræning og vedligeholdende træning (Sundhedsloven § 140 og Lov om social service § 86)
- Aktivitetscenter (Lov om social service § 86)
- Personlig pleje, praktisk bistand i hjemmet samt madlevering (Lov om social service § 83)
- Koordinerende sygeplejersker med ved udskrivelser fra hospital

**Sagsbehandlende ergoterapeuter:** Tager på hjemmebesøg og sagsbehandler, vurderer og afgør ansøgninger om

- Hjælpebidler (Lov om social service § 112)
- Biler (Lov om social service § 114)
- Handicaptransport MOVIA
- Boligindretning / boligændringer (Lov om social service § 116)

### Ældrerådgiver:

- Anvisning af plejeboliger, ældreboliger og handicapvenlige boliger

### Genoptræningscenter Fortunen:

En hjerneskadet borger kan indskrives på Fortunen til enten:

#### **Døgnophold – Ambulant træning – Træning i hjemmet**

Træningsophold bevilges af visitationen. Fortunen tilbyder tværfaglige rehabiliterende forløb ydet af fysioterapeuter, ergoterapeuter, plejepersonale og logopæd, enten på Fortunen eller i hjemmet: Træningen kan indeholde

- Aktivitetsorienteret træning
- ADL træning (almindelig daglig levevis)
- Kognitiv træning
- Fysisk træning
- Vurdering af hjælpebidler under træningsforløb
- Talepædagogisk træning v. logopæd (dog kun på Fortunen)

### Områdecentre:

- Udfører hjemmepleje og hjemmesygepleje
- Hjemmesygeplejersker indstiller til plejebolig
- Demenskontaktpersoner koordinerer og rådgiver i enkeltsager
- Tilbud om cafe og aktivitetscenter

## Ydelser fra Center for arbejdsmarked

I Center for Arbejdsmarked er der flere teams, der behandler borgersager alt efter hvilken forsøgelse de er på, eller hvor i forløbet de er:

### **Sygedagpengeteamet - Team for forsikrede ledige – Team for ikke forsikrede ledige - Rehabiliteringsteamet**

Center for arbejdsmarked foretager afklaring af om der er foranstaltninger, som kan iværksættes i forhold til den hjerneskadedes arbejdssituation. Der kan foretages afklaring af følgende foranstaltninger:

- Afklaring af arbejdsevne (Lov om aktiv beskæftigelsesindsats § 42-43)
- Virksomhedspraktik (Lov om aktiv beskæftigelsesindsats § 32 og § 42-43)
- Revalidering (Lov om aktiv socialpolitik § 46)
- Fleksjob (Lov om aktiv beskæftigelsesindsats § 69-75)
- Førtidspension (Lov om social pension § 18)
- § 56 aftale (Lov om sygedagpenge § 56)
- Mentor (Lov om aktiv beskæftigelsesindsats § 78-81)
- Personlig assistance (Lov om kompensation til handicap. i erhverv § 4-5)
- Ressourceforløb vurderet af rehabiliteringsteam? (Lov om aktiv beskæftigelsesindsats § 68a)

### Ydelseskantoret: Sagsbehandler, beregner og udbetaler

- Kontanthjælp (Lov om aktiv socialpolitik § 25)
- Revalideringsydelse (Lov om aktiv socialpolitik § 46)
- Ansøgning om enkeltudgifter (Lov om aktiv socialpolitik § 81-82)

## Ydelser fra Center for Social indsats

**Modtagelsen:** afdækker behovet, indhenter akter og vurderer om borger er i personkredsen for hjælp. Hvis ja, videregives sagen til:

**Ungeteamet** for de 18-25 årige – **Voksenteamet** for de + 25 årige

Efter individuel vurdering kan der bevilges

- Hjemmevejledning / socialpædagogisk støtte (Lov om social service § 85)
- Botilbud (Lov om social service § 107+108)
- Aktivitets- og samværstilbud (Lov om social service § 104)
- Beskyttet beskæftigelse (Lov om social service § 103)
- Ledsageordning (Lov om social service § 97)
- Merudgifter (Lov om social service § 100)
- Specialundervisning (Lov om specialundervisning)

## Hjerneskadecoordinator

Hjerneskadecoordinatoren tilbyder råd, vejledning og koordinering af den samlede indsats til borger og pårørende, og fungerer som fast kontaktperson / tovholder gennem rehabiliteringsforløbet.

## Eksterne leverandører

Hvis LTK ikke selv kan levere en relevant indsats, kan den købes af eksterne leverandører ud fra en individuel vurdering og plan. Det er typisk forløb med kognitiv genoptræning, hvor der tilbydes en specialiseret og individuel tilrettelagt indsats som ydes af særligt neurofagligt uddannet personale, f.eks. på Kommunikationscentre, Center for Hjerneskade, BOMI, HKI, DHIC, m.fl.



# Ydelseskatalog for hjerneskaderehabilitering i Lyngby-Taarbæk kommune



LYNGBY-TAARBÆK KOMMUNE

## LYNGBY-TAARBÆK KOMMUNE

Journalnr. :  
Dato .....: 11.12.2014  
Skrevet af :

### NOTAT om ny digital ansøgning til personlige hjælpemidler

---

Folketinget har vedtaget at gøre det obligatorisk for borgerne at betjene sig selv digitalt på alle egnede serviceområder frem mod 2015. Den obligatoriske digitale selvbetjening er beskrevet i en bølgeplan fordelt på fire bølger (bilag). Første bølge startede i december 2012. Anden bølge kom i december 2013, hvor det bla. er vedtaget, at ansøgning om personlige hjælpemidler skal ske digitalt. Udvalget får til orientering beskrivelse af lovens konsekvenser for borgerne.

Borgerne i Lyngby-Taarbæk Kommune har siden loven trådte i kraft december 2013 kunnet ansøge digitalt vha. en midlertidig blanket på [www.borger.dk](http://www.borger.dk). Der har ikke været færdigudviklet egentlige selvbetjeningsløsninger før nu, hvor leverandøren af kommunens omsorgssystem er klar med en løsning, som borgerne kan benytte, når de ansøger digitalt, der "taler sammen med" kommunens IT-system. Systemet opfylder ikke på nuværende tidspunkt alle de ønsker kommunen har, men det vil forvaltningen arbejde på kommer til fremadrettet.

Forventningen er, at relevante medarbejdere kan modtage undervisning i IT-modulet i december måned, således at ibrugtagningen kan ske hurtigst muligt.

Obligatorisk digital selvbetjening kan for nogle målgrupper give anledning til en vis skepsis og modstand. Forvaltningen antager, at denne gruppe kan bestå af borgere, der har ansøgt om og fået fritagelse for digital post. De der har fået fritagelse for digital post er nemlig ikke automatisk fritaget for at benytte sig af den obligatoriske digitale selvbetjeningsløsning.

I fht. obligatorisk selvbetjening kan en borger ikke blive fritaget, dvs. få en generel fritagelse på forhånd. Men en borger kan blive undtaget, og en undtagelse beror på et skøn i fht. den konkrete situation, og man skal om muligt have forsøgt at hjælpe borgeren til at ansøge digitalt først.

Det er ikke sådan, at fordi en borger er blevet undtaget fra at bruge en bestemt løsning i en bestemt situation, så er vedkommende automatisk undtaget fra brug af øvrige selvbetjeningsløsninger. Der skal hver gang en konkret vurdering til.

Medarbejderne foretager således hver gang en konkret vurdering, hvis en borger antyder ikke at have mulighed for at søge selv.

Er det en borger, der ej heller forventes at kunne ansøge digitalt ved næste kontakt, vil der i praksis blive lavet en permanent undtagelse.

Dog, såfremt der er en snert af mulighed for det, tilskynder, guider og vejleder medarbejderne, så borgerne selv kan søge om hjælpemidlet via den digitale selvbetjeningsløsning.

### **Økonomiske konsekvenser**

I budgettet for 2014-2017 er der i forbindelse med implementeringen af selvbetjening for personlige hjælpemidler indregnet en besparelse på lønsummen i Center for Sundhed og Omsorg, som fremgår af tabellen nedenfor.

<b>1.000 kr.</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
Personlige hjælpemidler	83	196	265	265

## LYNGBY-TAARBÆK KOMMUNE

Journalnr. :  
Dato .....: 11.12.2014  
Skrevet af :

### NOTAT om

#### Socialpædagogernes Landsforbunds sociale indeks.

---

Socialpædagogernes Landsforbund har udarbejdet et socialt indeks, hvor de 98 kommuner er placeret i forhold til besvarelserne.

Socialpædagogernes Landsforbund har udarbejdet 100 indikatorer indenfor områderne ”udsatte børn og unge, udsatte voksne og handicapområdet”, som er besvaret enten i form af et spørgeskema eller ved telefoninterview. Undersøgelsen blev gennemført i foråret 2014. Indikatorerne måler kommunernes indsatser fra forskellige synsvinkler, fx hvilke tilbud kommunen tilbyder borgeren.

Socialpædagogernes Landsforening har både spurgt politikere og chefer. Herudover er handicapråd og medarbejdere blevet spurgt i forhold til deres vurdering af den kommunale indsats. Spørgeskemaerne handler fx om

- kommunerne har en børnepolitik, en handicappolitik, en udsattepolitik.
- hvilke fritids- og kulturtilbud tilbydes, hvor mange borgere i botilbud har mulighed for en uges ferie.
- medarbejderne får supervision og efteruddannelse
- medarbejderne har kendskab til de respektive politikker
- kommunens evne til at få borgere med handicap i arbejde.
- kommunen inddrager og er lydhør overfor Handicaprådet i forbindelse med udarbejdelse af politikkerne.

Som eksempel på et spørgsmål kan nævnes:

- Hvor enig eller uenig er du i, at personalet på din arbejdsplads har den nødvendige uddannelse til at løse opgaverne tilfredsstillende?
- Oplever du, at kommunen har formuleret tilstrækkelige politiske krav og målsætninger på handicapområdet?
- Har kommunen et specialteam, som arbejder med inklusion og kan rykke ud på fx en folkeskole og støtte skolen i forhold til inklusion?

Lyngby-Taarbæk rangerer som nr. 83 indekset. En mulig forklaring på den dårlige placering kan være manglende synlighed i forhold til de politikker, der er udarbejdet på området (handicappolitikken, udsatte politikken, den sammenhængende børnepolitik og inklusionsstrategien).

Politikkerne er udarbejdet for nogle år siden, og derfor kan det være, at de ikke har stået klart for deltagerne i undersøgelsen.

Herudover kan en årsag måske være en manglende forventningsafstemning i forhold til de indsatser, der gøres på det specialiserede socialområde i Lyngby-Taarbæk. Lyngby-Taarbæk anvender både på børne- og ungeområdet samt voksenområdet højt specialiserede tilbud, hvor det er relevant og giver mening for borgeren, men dette er måske ikke kendt af de medarbejdere, der har indgået i undersøgelsen.

I det sidste år er der igangsat en proces med henblik på opdatering og revision af politikkerne og indsatserne på de nævnte områder, hvor Social- og Sundhedsudvalget bl.a. har godkendt en helhedsplan på socialpsykiatriområdet, hvor der er formuleret visioner og målsætninger. I denne proces har ledere og medarbejdere været på et kompetenceudviklingsforløb, hvor omdrejningspunktet har været recovery og rehabilitering i et borgerperspektiv.

Social- og Sundhedsudvalget har ligeledes sat en proces i gang med revidering af handicappolitikken. På børneområdet er der også sat en proces i gang med henblik på revision af den sammenhængende børnepolitik.



Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold  
 Socialstyrelsen  
 Task Force på handicapområdet

## Skema til ansøgning om at være partnerskabskommune i udviklingen af Task Force på handicapområdet

**Frist for indsendelse er mandag den 24. november 2014 kl. 12.00**

Ansøgningsskemaet udfyldes og fremsendes sammen med eventuelt relevante bilag til Task Forcen på handicapområdet på følgende e-mail: [taskforcehandicap@socialstyrelsen.dk](mailto:taskforcehandicap@socialstyrelsen.dk). Ansøgning og bilag skal fremsendes senest 24. november 2014 kl. 12.

Eventuelle spørgsmål vedr. ansøgning kan rettes til Task Force Sekretariatet i Socialstyrelsen på e-mail til [taskforcehandicap@socialstyrelsen.dk](mailto:taskforcehandicap@socialstyrelsen.dk).

Kommunenavn, adresse og CVR-nummer
Lyngby-Taarbæk Kommune Toftebæksvej 12 2800 Kgs. Lyngby CVR: 11 71 53 11
Kontaktpersons navn, funktion, tlf. nr. og e-mail
Lone Nygaard Jensen Centerchef (Center for Social Indsats) 45 97 33 67 <a href="mailto:lonj@ltk.dk">lonj@ltk.dk</a>
Beskriv kort hvordan kommunens handicapområde organiseret og om det er området for børn med handicap, eller området for voksne handicap der ønsker at indgå at deltage som partnerskabskommune
Lyngby-Taarbæk Kommune ønsker at deltage som partnerskabskommune vedrørende voksenhandicapområdet. Handicapområdet er organiseret i Center for Social Indsats (CSI), der dels varetager myndighedsfunktionerne på socialområdet vedr. både voksne og børn, dels har en række tilknyttede institutioner. Myndighedsfunktionen for voksne handicappede indbefatter dels en Modtagelses-funktion i forhold til nye sager og et handicapteam i Voksenafdelingen (afdelingen består derudover også af et psykiatriteam). Handicapteamet har i alt 300-350 igangværende sager fordelt på 6 sagsbehandlere. Herudover har kommunen en hjerneskadekoordinator, der er organisatorisk placeret i Center for Sundhed og Omsorg. På voksenhandicapområdet har kommunen to institutioner, der er relevante i denne sammenhæng: 1) Støttecenter Magneten, der er et dag- og døgntilbud til voksne udviklingshæmmede, der har følgende ydelser: 4 opgangsbofællesskaber oprettet efter almenboligloven, socialpædagogisk støtte efter § 85 til både borgere i eget hjem og i opgangsbofællesskaberne, beskæftigelsestilbud efter § 103 og et aktivitets- og samværstilbud efter § 104. 2) Chr. X's Allé, der er et botilbud efter § 108 for voksne med autisme. Chr. X's Allé er som højt specialiseret institution omfattet af rammeaftalen for KKR Hovedstaden.



Det skal bemærkes, at Lyngby-Taarbæk også køber en lang række ydelser af leverandører uden for kommunen.

Beskriv årsagen til at I ønsker at deltage

Lyngby-Taarbæk Kommune står over for at skulle revidere sin handicappolitik, og der er i den forbindelse truffet politisk beslutning om, at der skal igangsættes et analyse- og udviklingsarbejde på handicapområdet. Task forcens fremadrettede anbefalinger til, hvordan vi sikrer kvaliteten i sagsbehandlingen og visitation, hensigtsmæssige arbejdsgange og samarbejdsflader med fx ungesagsbehandlerne i CSI, ældreområdet og jobcentret, samt optimale rammer for faglig og økonomisk styring af området, ville være et konstruktivt udefrakommende indspil til denne proces.

Derudover vil vi gerne bidrage til at afdække de parametre, der skal anvendes i task forcens arbejde, både juridisk, kvalitativt, vedr. målfastsættelse og ikke mindst i relation til, hvorledes effekt og evidens kan blive en naturlig og integreret del af sagsbehandlingen

Beskriv kort, hvad I forventer at få ud af at deltage

Vi forventer at indgå i et analyse- og udviklingsforløb, der kan bidrage til revisionen af vores overordnede handicappolitik og til at kvalificere vores sagsbehandling på handicapområdet, herunder både udredning og visitation.

Vi forventer, at analyse- og udviklingsforløbet vil give en gennemgang af vores sagsbehandlings- og visitationspraksis ud fra en række faktorer, der spiller ind på denne, herunder bl.a. udviklingen i målgruppen, demografi, diagnoser, nye udredningsmetoder, lovændringer samt lokale politiske prioriteringer i form af serviceniveauer og kvalitetsstandarder. Overordnet set ønsker vi at få kortlagt, om vi har den tilstrækkelige kvalitet i sagsbehandlingen efter

Voksenudredningsmetodens implementering i kommunen, og om vi har et ensartet serviceniveau i ydelsestildelingen. Det kan i den forbindelse nævnes, at vi anvender inCorp som IT-understøttelse, der skal medvirke til at sikre, at borgernes retssikkerhed overholdes i forhold til dokumentation og medinddragelse.

Det skal derudover nævnes, at vi for nylig har gennemført et stort kompetenceudviklingsprogram på socialpsykiatriområdet, og det er vores forventning, at deltagelse i partnerskabsprojektet kan bidrage til at sætte fokus på den rehabiliterings- og recoverytankegang ud fra et myndighedsperspektiv, som vi har arbejdet med på socialpsykiatriområdet, og som med fordel kan udbredes også til handicapområdet.

Hvordan er der sikret politisk opbakning i forhold til at kommunen deltager som partnerskabskommune i udvikling og gennemførelse af første længerevarende udviklingsforløb i Task Force på handicapområdet?

Har ansøgningen fx været behandlet på udvalgs- eller byrådsmøde?

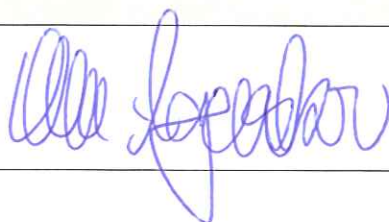
Social- og Sundhedsudvalget er orienteret om ansøgningen.

Hvilke ressourcer forventer kommunen at kunne lægge i projektet?

Vi lægger de relevante ressourcer i projektet i ft. dataindsamling, de udviklingsorienterede aktiviteter og orientering af de relevante politiske niveauer.

Direktørunderskrift

5/12 - 2014



## LYNGBY-TAARBÆK KOMMUNE

Journalnr. :  
Dato .....: 11.12.2014  
Skrevet af :

### NOTAT om opsamling fra drøftelser med medarbejdere om demensindsatsen i kommunen.

---

#### **Baggrund**

På Social- og Sundhedsudvalgets møde i november 14, havde udvalget drøftelser med fire medarbejdere fra ældreområdet, omkring kommunes demensindsats. Nedenfor er opsamling fra drøftelsen.

#### **Opsamling**

Det er vigtigt, at medarbejderne er uddannet til at varetage jobbet med borgere med demens. Alle medarbejdere skal kunne håndtere borgere med demens. Konkret eksempel med borger, der sjældent kommer i bad, fordi sosu-personalet der kommer i hjemmet ikke har rette kompetencer ift. demens.

Aggressiv adfærd hos borgeren med demens er der ofte en synlig årsag til. Uddannelse af medarbejdere er derfor vigtigt, idet medarbejderne skal være i stand til at kommunikere hensigtsmæssigt med borgere med demens. Det er vigtigt, at personalet er i stand til at forudse situationer og agere på en måde, så der undgås magtanvendelser og store mængder af medicin, som desværre nogle gange er tilfældet i dag. Personalet skal være trænet i nænsom nødværge.

Det vil være fordelagtigt med en større overlevering fra hjemmet til plejecentrene, også ved en aflastningsplads. Det giver den bedste pleje at personalet har mest mulig information om borgeren.

Forslag om ”indskrivningskonferencer”, så inde- og udedel taler sammen om borgeren, når vedkommende flytter på plejehjem. Medarbejder fra indedel foreslog, at de kom ud i hjemmet og fik forståelse for borgeren inden flytning til plejehjem.

Der er et behov for flere aktiviteter til borgere med demens i hjemmene, fx i caféerne på plejecentrene.

Oplever at pårørende ikke vil lade svært demente skifte til plejehjem. Hvis det er tilfældet (eller den ældre i det hele taget ikke kan komme på plejehjem), så vil flere aktiviteter give stimulering og social kontakt for de ældre. Generelt vigtigt, at pårørende får forståelse for den

situation og udvikling der er – vil også gøre relationen medarbejder og pårørende bedre. Det kræver meget information og snak med de pårørende.

Relevant med flere netværksgrupper for pårørende og evt. oplysningsaftener.

Tiden der bruges på at samtale med pårørende er det samme, som der bruges til deres familiemedlem med demens. Eksempelvis historie om ægtepar, hvor begge får lidt hjælp. Når den ene indlægges, er der ikke tid nok tilbage til den ene ældre. Foreslog mulighed for at visitation til ”midlertidig tid”.

Eksempel med demens-by i Holland. Forslag til, hvordan erfaringerne her kan omsættes i Lyngby:

- Skærmet havemiljø, så de demente kan komme ud og i bevægelse når det passer dem.
- Inddragelse af lokalsamfund – gøre (lokal)samfund mere bevidst om demens, så de kan tage hånd om det.
- Idé om opgangsfællesskab for yngre demente.
- Beboerne sammensat efter livsstil.
- Personalet agerer ikke behandlere, men sociale hjælpere alt afhængig af beboerens tidligere livsstil.

Typer af pladser – ønsker at fastholde opdeling i demens – somatik. Det er svært at håndtere fælles gensidige behov.

Normering er ikke anderledes på demensafsnit kontra somatisk, det er tilgangen der er væsentlig forskellig eller skal være det.

De fysiske rammer er ikke altid tilpasset borgerne, men en anden funktionalitet/æstetik (historien om Jeppe Eisner maleri på nyistandsat plejehjem, hvor borgerne blev bange). Der arbejdes med de muligheder der er for at indrette de nye bygninger mest hensigtsmæssige til beboer med demens.



## Informationsbrev til beboere på plejehjem i Lyngby-Taarbæk kommune

Dato: 22-12-2014

Ref: JENM

P.nr.:

J.nr.:

### Tilbagebetaling af uretmæssig opkrævning af husleje på midlertidige pladser

Kære beboer

Lyngby-Taarbæk Kommune har ved en beklagelig fejl uretmæssigt opkrævet husleje hos borgere, der har opholdt sig på en midlertidig plads, mens de ventede på at få tilbudt en plejebolig. Det drejer sig om ophold på: Solgården, Fortunen og Møllebo.

Kommunalbestyrelsen har besluttet, at opkrævning af husleje sket i perioden 1. juni 2011- 1. juni 2014 skal tilbagebetales.

Hvis du har opholdt dig på en midlertidig plads i den pågældende periode, mens du ventede på en plejebolig og er blevet opkrævet husleje, er du eller din pårørende meget velkommen til at kontakte det sted, hvor det midlertidige ophold fandt sted. Så vil vi sørge for tilbagebetaling af den uretmæssigt opkrævede husleje.

Du kan forvente, at der går ca. 3-4 uger fra modtagelsen af din henvendelse, til at tilbagebetalingen er registreret på din bankkonto.

Kontaktoplysninger:

- Solgården: Lisbeth Larsen tlf.: 45 28 54 02
- Møllebo: Christina Lund Dahl tlf.: 45 28 47 00
- Fortunen: Catarina Kentil tlf.: 45 97 64 00

Hvis du ikke kan huske, hvor opholdet fandt sted, kan du eller din pårørende henvende dig til Center for Sundhed og Omsorg, Lisbeth Shee på tlf.: 45 97 33 53

Venlig hilsen

**Jeanette Nygård Madsen**  
Sundheds- og sekretariatschef

Administrationsbygningen  
Toftebæksvej 12  
2800 Kgs. Lyngby

Tlf. 45 97 34 22

jenm@ltk.dk  
www.ltk.dk

**Center for  
Sundhed og Omsorg**

## Udkast til DGO – annonce og presseorientering

### **Tilbagebetaling af opkrævet husleje**

Lyngby-Taarbæk Kommune har ved en beklagelig fejl uretmæssigt opkrævet husleje hos borgere, der har opholdt sig på en midlertidig plads på en af kommunens plejehjem, mens de ventede på at få tilbudt en plejebolig.

Kommunalbestyrelsen har besluttet, at opkrævning sket i perioden 1. juni 2011- 1. juni 2014 skal tilbagebetales.

De berørte borgere eller pårørende kan kontakte det sted, hvor det midlertidige ophold fandt sted, så der kan ske en tilbagebetaling.

Kontaktoplysningerne til Lyngby-Taarbæk Kommune:

- Solgården: Lisbeth Hansen tlf.: 45 28 54 02
- Møllebo: Christina Lund Dahl.: tlf 45 28 47 00
- Fortunen: Catarina Kentil tlf.: 45 97 64 00

Erindres ikke, hvor opholdet har fundet sted, er det muligt at henvende sig Center for Sundhed og Omsorg Lisbeth Shee på tlf.: 45 97 33 53.

## Venteliste plejebolig 2012 - 2014

2012												
	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec
<b>Hvor mange venter samlet?</b>	87	78	87	91	94	108	94	93	98	92	85	79
Demens	26	26	27	29	28	35	34	33	32	33	33	28
Somatisk	61	52	60	62	66	73	60	60	66	59	52	51
<b>Ønsker til bolig / plads</b>												
Specifikt	71	62	64	66	71	80	72	73	79	76	73	65
Ikke specifikt	16	16	23	25	23	28	22	20	19	16	12	14
Ledige pladser	19	14	10	9	3	3	11	18	5	10	10	18
Antal borgere med ønske om udenbys bolig												
<b>I alt reelt ventende borgere på bolig i LTK</b>												
Samlet antal plejeboliger	538	518	486	486	497	497	497	497	497	497	497	497
Antal permanente boliger	482	447	447	447	447	447	447	447	447	447	447	447

2013												
	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec
<b>Hvor mange venter samlet?</b>	77	76	70	76	57	65	65	57	54	60	73	59
Demens	34	33	27	22	18	17	16	24	27	33	36	30
Somatisk	43	43	43	54	39	48	49	33	27	27	37	29
<b>Ønsker til bolig / plads</b>												
Specifikt	71	72	62	64	49	54	60	51	52	53	67	54
Ikke specifikt	6	4	5	12	8	11	5	6	2	7	6	5
Ledige pladser	8	15	12	8	24	23	15	27	13	20	9	14
Antal borgere med ønske om udenbys bolig						5	7		7	8	8	8
<b>I alt reelt ventende borgere på bolig i LTK</b>						28	23		31	33	43	44
Samlet antal plejeboliger	497	497	497	506	506	506	506	536	536	536	536	536
Antal permanente boliger	447	447	447	456	456	456	456	486	486	486	486	486

	2014											
	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec
<b>Hvor mange venter samlet?</b>	62	63	61	80	83	77	103	90	105	117	115	117
Demens	28	31	30	34	41	38	46	40	39	35	34	35
Somatisk	34	32	31	46	42	39	57	50	66	82	81	82
<b>Ønsker til bolig / plads</b>												
Specifikt	57	54	47	62	65	64	86	72	81	89	90	94
Ikke specifikt	5	9	14	18	18	13	17	18	24	28	25	23
Ledige pladser	11	12	10	11	9	6	8	3	9	9	6	9
Antal borgere med ønske om udenbys bolig	7	12	10	9	11	13	12	9	11	12	7	11
<b>I alt reelt ventende borgere på bolig i LTK</b>	<b>34</b>	<b>35</b>	<b>38</b>	<b>43</b>	<b>46</b>	<b>44</b>	<b>83</b>	<b>65</b>	<b>81</b>	<b>90</b>	<b>94</b>	<b>95</b>
Samlet antal plejeboliger	536	536	536	536	536	536	536	535	528	520	520	520
Antal permanente boliger	486	486	486	486	486	486	486	485	478	470	470	470