

FAGLIG SUNDHEDSKLYNGE BYEN

MØDETIDSPUNKT

14-06-2023 kl. 14-16

MØDESTED

Bispebjerg Hospital, Nielsine Nielsens Vej 6A, opgang 11A, 1. sal, mødelokale 113

MEDLEMMER

Per Bennetsen, Adm. direktør, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune

Sine Mutanu Jungersted, Centerchef, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune

Stine Mieth-Waldorff, Afdelingsleder, Center for Sundhed og Rehabilitering, Københavns Kommune

Katrine Ring, Direktør, Socialforvaltningen, Københavns Kommune

Britt Bergstedt, Borgercenterchef, Socialforvaltningen, Københavns Kommune

Nicolai Kjems, Sundheds- og Omsorgschef, Frederiksberg Kommune

Henrik Tafdrup, Samordningsleder, Frederiksberg Kommune

Heidi Næsted Stuhaug, Leder af hjemmepleje og hjemmesygepleje, Frederiksberg Kommune

Chilli Fredslund, Politisk konsulent, Frederiksberg Kommune

Morten Holm, almen praksis, PLO-H repræsentant

Torben Larsen, almen praksis, PLO-H repræsentant

Markus Hahn, PLO-H-sekretariatet

Vibeke Hlin Vestereng, KAP-H **Afbud**

Marianne Karstensen, Patientinddragelsesudvalget

Annette Hellmann, Bruger- og pårørenderepræsentant

Kristian Antonsen, Hospitalsdirektør, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital

Sille Arildsen, Vicedirektør, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital

Line Duelund Nielsen, Centerchef, Psykiatrisk Center København, Region Hovedstadens Psykiatri

BESLUTNINGER

Hallur Thorsteinsson, Centerchef, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Region Hovedstadens Psykiatri **Afbud**

Nina Staal, Cheflæge, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Region Hovedstadens Psykiatri **Afbud**

Helen Bernt Andersen, Konstitueret vicedirektør, Rigshospitalet

Irene Harboe Brandt, Enhedschef, Rigshospitalet

Berit Juhl Schau, Enhedschef, Region Hovedstadens Akutberedskab

Winnie Brandt, Chefkonsulent, Center for Sundhed, Region Hovedstaden

Gæster

Jens Rasmussen, Cheflæge, Akutmodtagelsen, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital (under punkt 2)

Henning Bliddal, Cheflæge, Parker Instituttet, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital (under punkt 3)

Sekretariat

Ada Printzlau, Københavns Kommune

Sandra Rahel Makonnen, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital (ref.)

DAGSORDEN

1. VELKOMST OG GODKENDELSE AF DAGSORDEN
2. DRØFTELSE: SOCIALT UDSATTE BORGERES SOMATISKE SYGDOM
3. DRØFTELSE: TRÆNING FØR / I STEDET FOR OPERATION
4. DRØFTELSE: BRUGERINDDRAGELSE I SUNDHEDSKLYNGE BYEN
5. DRØFTELSE: INDSTILLING AF FORSLAG TIL NYE NATIONALE LÆRINGS- OG KVALITETSTEAM
6. ORIENTERING: STATUS PÅ INDSATSERNE DOSISDISPENSERING OG INDLÆGGELSER FRA PLEJEHJEM
7. BESLUTNING: ÆNDRING AF MØDEPLAN FOR 2023
8. EVENTUELT

1. VELKOMST OG GODKENDELSE AF DAGSORDEN

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

-

INDSTILLING

Det indstilles:

- at faglig sundhedsklynge Byen godkender dagsordenen som grundlag for mødets afvikling.

RERERAT

Mødet blev indledt med en præsentation af deltagerne.

Vicedirektør Sille Arildsen, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital varetog mødeledelsen på vegne af formandskabet.

Dagsordenen blev godkendt med tilføjelse af to punkter til 'Eventuelt' fra Københavns Kommune.

Ved mødet deltog Inger Hindhede Kjær, Center for HR og Uddannelse, Region Hovedstaden og Henriette Bager, Center for Sundhed, Region Hovedstaden ifm. optagelser til et e-læringsprogram om brugerinddragelse.

SAGSFREMSTILLING

Sille Arildsen byder velkommen på vegne af formandskabet.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

-

BILAG

-

2. DRØFTELSE: SOCIALT UDSATTE BORGERES SOMATISKE SYGDOM

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Den politiske sundhedsklynge Byen bestilte på mødet den 28. september 2022 en drøftelse af fokusområdet 'Socialt udsatte borgers somatiske sygdom'

Sagen drøftes i den faglige sundhedsklynge Byen med henblik på at beslutte hvilke indsatser, der skal forelægges den politiske sundhedsklynge den 28. november 2023

Politisk sundhedsklynge Byen godkendte i april i skriftlig votering fordeling af sundhedsklyngemidler, hvor der blev afsat 2 mio. kr. til 'Socialt udsatte borgers somatiske sygdom'

INDSTILLING

Sekretariatet indstiller:

- **at** faglig sundhedsklynge Byen drøfter forslag til indsatser indenfor fokusområdet 'Socialt udsatte borgers somatiske sygdom'
- **at** faglig sundhedsklynge Byen godkender at der nedsættes en eller flere arbejdsgrupper som arbejder videre med konkrete forslag til indsatser mhp. forelæggelse for den politiske sundhedsklynge den 28. november 2023

REFERAT:

Vicedirektør Sille Arildsen og cheflæge Jens Rasmussen, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital præsenterede sagen.

Jens Rasmussen gav en kort introduktion til Flexklinikken.

Der var enighed om at prioritere mellem indsatserne inden forelæggelsen for politisk sundhedsklynge.

Det blev besluttet at nedsætte to arbejdsgrupper, som udarbejder kommissorier for indsatserne: 'Samarbejde om borgere med rusmiddelproblematikker med behov for abstinensbehandling og afrusning' og 'Samarbejde mellem socialtandplejen og Flexklinikken'. Kommissorierne sendes til skriftlig godkendelse i faglig sundhedsklynge byen inden udgangen af august 2023.

Arbejdsgrupperne skal i kommissorierne præcisere målsætningen, målgruppe og brugerperspektivet.

Indsatserne præsenteres ved næste møde i faglig sundhedsklynge, hvor arbejdsgrupper skal komme med konkret bud på anvendelsen af klyngemidlerne. Faglig sundhedsklynge vil herefter beslutte om begge indsatser skal forelægges politiske sundhedsklynge.

Sekretariatet koordinerer udpegning til de to arbejdsgrupper. Klyngens medlemmer vurderer selv, om det er relevant at være repræsenteret i begge arbejdsgrupper og indmelder deltagere hurtigst muligt til sekretariatet. Udarbejdelsen af kommissorierne går i gang blandt de deltagere, der tidligere har været involveret.

Indsatsen vedr. samarbejde om KOL-rehabilitering for udsatte borgere prioriteres ikke i denne omgang, men der var enighed om, at indsatsen kan tages op på et senere tidspunkt.

SAGSFREMSTILLING

Den samlede middellevetid for socialt udsatte borgere i 2021 er 64 år, hvilket er 17 år kortere end den øvrige befolknings middellevetid på 81 år.

Selvom om socialt udsatte borgere har et dårligere helbred på alle parametre end resten af befolkningen, bruger de ikke deres egen læge ret meget mere end resten af befolkningen og har tilmed et markant underforbrug af fx speciallæger og tandlæger. Til gængæld viser rapport om 'Dødelighed og brug af sundhedsvæsenet blandt socialt udsatte mennesker i Danmark (2023)' fra Statens Institut for Folkesundhed, at socialt udsatte borgere har et væsentligt større forbrug af de sekundære sundhedsydelser såsom akutmodtagelsen og hospitalsindlæggelse - både i somatikken og psykiatrien - end resten af befolkningen.

Uden social og sundhedsfaglig støtte er sundhedsvæsenet ikke tilstrækkeligt tilgængeligt for denne gruppe borgere og der er derfor behov for at tænke nyt og tilpasse eksisterende tilbud, hvis socialt udsatte borgere i lighed med resten af befolkning skal have deres behov for sundhedsydelser dækket.

Forslag til indsatser

På baggrund af drøftelser mellem Københavns og Frederiksberg Kommuner, Region Hovedstadens Psykiatri og Bispebjerg og Frederiksberg Hospital er der udarbejdet tre forslag til indsatser inden for fokusområdet. På baggrund af faglig sundhedsklynges drøftelser vil der blive udarbejdet mini-kommissorier for de indsatser som skal forelægges politisk sundhedsklynge.

Samarbejde om borgere med rusmiddelproblematikker med behov for abstinensbehandling og afrusning

Borgere med rusmiddelproblematikker som under indlæggelse i somatikken har behov for abstinensbehandling og afrusning ender ofte med at være underbehandlede, og derfor forlade hospitalet tidligt i forløbet og som oftest uden at være færdigbehandlede. Bispebjerg og Frederiksberg Hospital undersøger muligheden for at oprette et sengeafsnittet der sættersærligt fokus på socialt udsatte som indlægges med rusmiddelproblematikker og skal understøtte at patienten i højere grad er velbehandlet for abstinenser under indlæggelsen. Dette fokus vil kunne give nye muligheder for, at patienten kan få lagt en relevant tværfaglig, tværsektoriel og helhedsorienteret plan – både for forløbet på hospitalet og for det videre forløb efter udskrivelse, hvor der er behov for en høj grad af tværsektoriel koordinering. Der foreslås en indsats i to spor:

- *Udvikling af tværgående fremskudt rusmiddelbehandlerfunktion for indlagte patienter i Flex-regi*

En fokuseret indsats for indlagte patienter med rusmiddelproblemer giver nye muligheder for at samle kompetencerne, der hvor borgeren er, og lægge behandlingsplaner for forløbet efter hospitalsindlæggelse.

Med afsæt heri foreslås det, at der igangsættes udvikling og afprøvning af et koncept, hvor en læge eller sygeplejerske fra psykiatrien og en rusmiddelbehandler fra det kommunale rusmiddelbehandlingstilbud deltager i stuegang og tavlemøder, for at vurdere behovet for psykiatrisk tilsyn og allerede fra start planlægge forløbet efter hospitalsindlæggelse. Konceptet skal beskrives i en samarbejdsaftale mellem relevante parter. Aftalen bør indeholde en beskrivelse af kommunikationsveje mellem læger på hospital/psykiatri og i kommunen. Det foreslås samtidigt, at der udvikles på at målrette indholdet af epikriserne, så det bliver relevant for den videre behandling i kommunen og hos egen læge.

BESLUTNINGER

- *Samarbejde om indlæggelse til alkoholabstinensbehandling og evt. efterfølgende rusmiddelbehandling*

Der er ønske om at styrke brobygningen og koordineringen ved borgerforløb med alkoholabstinensbehandling. Borgere indlægges til afrusning i både somatikken og psykiatrien via rusmiddelcentre, egen læge eller som selvhenvendende. Det foreslås en indsats for systematisering af indlæggelsesproceduren fra Rusmiddelcentre og almen praksis til alkoholabstinensbehandling og afrusning i hhv. somatikken og psykiatrien, som indeholder klare retningslinjer og kriterier for indlæggelse.

Det skal også undersøges, om de elektive indlæggelser forud for døgnophold, der i praksis fungerer som akut indlæggelser, kan planlægges mere hensigtsmæssigt for alle parter.

Indsatserne skal koordineres med aftalen mellem Regeringen, Danske Regioner og KL om et samlet dobbeltdiagnosetilbud som indføres pr. 1. september 2024 med fuld implementering i 2027. I den forbindelse udarbejdes der nationale visitationsretningslinjer, patientforløbsbeskrivelser og faglige standarder for dobbeltdiagnose patienter.

Samarbejde om KOL-rehabilitering for udsatte borgere

Socialt udsatte oplever flere barrierer ift. at bruge de almindelige KOL-rehabiliteringstilbud, En forbundet udfordring her er, at mange socialt udsatte borgere ikke bruger deres praktiserende læge i det omfang, som deres helbred ellers kunne give anledning til. Der ligger heri en udfordring i, at behandlingsansvaret for de fleste borgere med KOL, herunder ansvar for opfølgning og henvisning til KOL-rehabilitering, ligger hos almen praksis.

Foruden selve udvikling og afprøvning af et målrettet KOL-rehabiliteringstilbud kræver indsatsen et godt samspil mellem kommunen, almen praksis, Flexklinikken og Lungemedicinsk ambulatorium på Bispebjerg Hospital ift. henvisning af patienter til rehabiliteringstilbud og den videre opfølgning. En del af indsatsen vil derfor også omhandle idéudvikling til øget brobygning.

Med afsæt heri foreslås det, at der igangsættes udvikling og afprøvning af koncept for fremskudt KOL-rehabilitering målrettet socialt udsatte borgere. Indsatsen vil være forankret i kommunerne men det foreslås, at der til udviklingen af indsatsen nedsættes en arbejdsgruppe med deltagere fra både det kommunale social- og sundhedsområde, hospitalet og almen praksis.

Samarbejde mellem socialtandplejen og Flexklinikken

Mange af de borgere, som benytter Flexklinikken på Bispebjerg Hospital, vil være i målgruppe for socialtandpleje, men der er i dag ikke et systematiseret samarbejde mellem sektorerne om henvisning til socialtandpleje.

Københavns Kommunes socialtandpleje vil forventeligt i løbet af 2023 drive en tandklinik placeret i Ny Psykiatri Bispebjergs byggeri tæt ved Flexklinikken på Bispebjerg Hospital. Det giver nye muligheder for et samarbejde, hvor Frederiksberg Kommune ligeledes kan indgå, så både socialt udsatte københavnere og frederiksbergborgere i målgruppen for socialtandpleje kan få behandlet deres tænder. Københavns og Frederiksberg kommuner har i forvejen et samarbejde, hvor Københavns Kommune behandler Frederiksberg Kommunes specialtandplejepatienter.

Områder, der kan fokuseres på ved igangsættelse af en tværgående indsats, der kan sikre implementering af et systematisk samarbejde om tandbehandling til socialt udsatte borgere:

BESLUTNINGER

- Udvikling af en samarbejdsstruktur mellem Flex Almen Praksis, Københavns Kommune og Frederiksberg Kommune
- Informationsmøder mellem Københavns Kommunes Voksentandpleje og Flexklinikken i forhold til henvisningsmuligheder og målgrupper for socialtandpleje
- Afdækning af behov for informationsindsats på øvrige hospitalsafdelinger på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital samt evt. informationsmøder mellem Københavns Kommunes Voksentandpleje og øvrige relevante hospitalsafdelinger
- Udvikling af informationsmateriale om målgrupper og mulighed for henvisning til socialtandplejetilbuddet
- Samarbejde vedr. socialt udsatte borgere, som ikke umiddelbart er i målgruppen for socialtandpleje, men som har behov for tandpleje, og som har behov for hjælp til at søge tilskud til tandbehandling i privat praksis

Til drøftelse

Faglig sundhedsklynge bedes drøfte:

- Om der skal udarbejdes forslag konkrete indsatser for et eller flere af de præsenterede forslag til godkendelse i politisk sundhedsklynge
- Om der er andre indsatsområder klyngen ønsker, at der udarbejdes konkrete forslag til.
- Hvilke parter i sundhedsklyngen, der skal indgå i arbejdsgruppen/erne

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

På baggrund af faglig sundhedsklynges drøftelser vil der blive udarbejdet mini-kommissorier for de indsatser som skal forelægges den politiske sundhedsklynge. Indsatser skal indeholde konkrete forslag til anvendelse af klyngemidlerne til området.

Sekretariatet vil på baggrund af drøftelsen sørge for udpegning til relevante arbejdsgrupper.

De konkrete forslag til indsatser forelægges faglig sundhedsklynge på næste møde mhp. godkendelse.

3. DRØFTELSE: TRÆNING FØR / I STEDET FOR OPERATION

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Politisk sundhedsklynge Byen besluttede på møde den 28. september 2022 en række fokusområder for klyngen, herunder Træning før operation. Den 10. januar godkendte politisk sundhedsklynge Byen årshjul for 2023, hvor fokusområdet skal drøftes i den politiske sundhedsklynge den 28. november.

Faglig sundhedsklynge Byen havde på møde den 8. marts en forberedende drøftelse af området med udgangspunkt i et oplæg til, at en arbejdsgruppe udarbejder forslag til konkrete tematikker hvor *Træning før operation* er relevant, som fx rygområdet, artrose i knæ og hofter og vindueskiggersyndrom (CI). Bispebjerg og Frederiksberg Hospital bemærkede hertil, at fokus alene på træning var for snævert og skulle udvides med andre livstilsfaktorer som fx kost og rygning. Frederiksberg Kommune bemærkede, at temaet også skulle omfatte træning *i stedet for operation*, og Københavns Kommune bemærkede, at der skal være fokus på digitale løsninger og mere systematisk anvendelse af disse. På den baggrund godkendte faglig sundhedsklynge Byen at nedsætte en tværsektoriel ad hoc arbejdsgruppe med deltagelse fra region, kommune og almen praksis. Arbejdsgruppen fik til opgave at udarbejde et kommissorium for arbejdsgruppen med inddragelse af ovenstående input fra faglig klynge, samt et oplæg til drøftelse i den faglige sundhedsklynge den 14. juni 2023.

Politisk sundhedsklynge Byen godkendte i april i skriftlig votering fordeling af sundhedsklyngemidler, hvor der blev afsat 1,4 mio. kr. til Træning før/i stedet for operation. Arbejdsgruppen skal udarbejde konkrete forslag til anvendelse af klyngemidlerne til området. Det blev samtidig præciseret, at effekten af indsatsen skal følges.

Med denne sagsfremstilling fremlægger arbejdsgruppen et kommissorium (bilag) for det videre arbejde med udviklingstiltagene, der skal forelægges til beslutning i politisk klynge Byen 28. nov. 2023.

INDSTILLING

Sekretariatet indstiller:

- At faglig sundhedsklynge Byen godkender vedlagte kommissorium
- At faglig sundhedsklynge Byen godkender, at der igangsættes arbejde med udviklingsindsatser med henblik på at skabe arbejdsgange og indsatser, der kan imødekomme de tre hovedudfordringer knyttet til inklusion, træning og udslusning, og videre godkender, at der etableres et tværsektorielt datasæt for populationen
- At faglig sundhedsklynge Byen godkender, at sekretariatet koordinerer udpegnings af relevante fagmedarbejdere fra kommune, region og almen praksis til arbejdet med udviklingstiltagene

REFERAT

Centerchef Sine Mutanu Jungersted, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune præsenterede sagen.

Indstillingerne blev godkendt.

BESLUTNINGER

Det blev bemærket, at der i det videre udviklingsarbejde skal være fokus på afprøvninger og reelt at få borgere igennem indsatserne, herunder i gang med og fastholdt i træning.

Sekretariatet koordinerer udpegning af relevante fagmedarbejdere til arbejdet med udviklingstiltagene.

SAGSFREMSTILLING

Arbejdsgruppen, som består af repræsentanter fra Almen praksis, Center for Aktiv Sundhed (Rigshospitalet), Frederiksberg Kommune, Københavns Kommune samt Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, er på baggrund af udfordringsbilledet for populationerne enige om at foreslå en række temaer for de udviklingstiltag, som kan skabe rammerne for bedre forløb for målgrupperne på tværs af sektorerne. Der er i arbejdsgruppen desuden enighed om, at udviklingen af de konkrete tiltag skal ske med tæt inddragelse af klinikere og ledere fra de relevante driftsenheder.

Arbejdsgruppen har identificeret fire kerneudfordringer, som skal adresseres i forbindelse med etableringen af udviklingstiltag tilknyttet populationsansvaret for de to målgrupper. De er følgende:

1. *Rekruttering på det rigtige tidspunkt.* Udfordringen består i, at mange borgere kommer meget sent i gang med de forebyggende indsatser.
2. *Konkurrerende lidelser.* Udfordringen består i, at en relativ høj andel borgere har flere kroniske lidelser og /eller livsstilsudfordringer som overvægt, rygning, alkohol samt konkurrerende kroniske lidelser som fx diabetes, hjerteproblemer, KOL og psykiske udfordringer.
3. *Fastholdelse i forebyggelsestilbud.* Udfordringen består i, at sygdoms- og behandlingsbyrden kan blive så stor for borgeren, at der skal skabes ganske særlige rammer for at fastholde borgeren i fx vægttab eller rygestop.
4. *Udslusning fra kommunale tilbud og livslang forebyggelse.* Udfordringen består i, at der ved ophør af kommunal indsats og en ideelt set livslang indsats er behov for en styrket tilgang i form af brobygning til civilsamfundets tilbud, hvis effekterne skal holde.

Arbejdsgruppen har videre identificeret tre forslag til udviklingstiltag, som der lægges op til, at arbejdsgruppen skal beskrive i det fortsatte arbejde. Forslagene er kategoriseret i forhold til forløbets tre faser, henholdsvis 1) inklusion og modtagelse af målgruppen, 2) træning, undervisning og vejledning og 3) udslusning til livslang træning og fastholdelse af resultater.

Inklusion og modtagelsen af målgruppen

Borgerne har først og fremmest behov for at blive mødt på det rigtige tidspunkt i forhold til deres sundhedsudfordringer. Det betyder, at en del borgere skal have adgang til indsatserne tidligere end det i dag er tilfældet. Når borgerne så skal i gang med indsatsen er det essentielt, at de bliver mødt med et bredt perspektiv på deres sundhedstilstand. Dermed også en mulighed for i organisationen til at imødekomme de behov, som knytter sig til præcis den enkelte borgers specifikke sundhedstilstand (organisatoriske sundhedskompetencer). Der kan være konkurrerende kroniske lidelser, overvægt, sociale og psykiske udfordringer osv. Knæsmærterne kan meget vel skyldes overvægt, og til overvægten er knyttet hjerteproblemer, høje kolesteroltal, diabetes, som det for patientens samlede sundhedstilstand kan være langt mere effektivt at hjælpe borgeren med at håndtere.

BESLUTNINGER

Der ønskes udviklingstiltag, der kan skabe modeller for hvordan en tidlig modtagelse af borgeren med en bred sundheds tilgang, skabes og implementeres som en del af populationsansvaret

Træning, undervisning og vejledning

Der er behov for en tværfaglig indsats for borgere med smerter i bevægeapparatet og et bredt syn på træningsindsatsen til målgrupperne. Parker Instituttets (BFH) erfaringer såvel som forskningsprojekter viser, at for borgere med både overvægt og knæartrose kan et betydeligt væggtab (gennemsnitligt 10-15 procent) opnås ved hjælp af kostenstatningsprodukter og ugentlige gruppesessioner hos diætist i et forløb der varer otte-12 uger. Den diagnosespecifikke og ledfokuserede træning til borgere med smertefuld artrose er den rigtige træning for en del af målgruppen, men kan fx være kontraindiceret for borgere med svær overvægt. På samme måde viser erfaringer, at det med et ensidigt gangtræningsprogram på løbebånd til borgere med Claudicatio Intermittens (åreforkalkning i benene) ikke nødvendigvis er muligt at fastholde borgerens motivationen i mange måneder, hvilket ofte resulterer i et stort frafald til dette tilbud.

Der ønskes af disse årsager udviklingstiltag, som afsøger muligheden og vidensgrundlaget for en bred tilgang til forskellige tilbud til borgere i målgrupperne, herunder digitale løsninger.

Udslusning til livslang træning og fastholdelse af resultater

De traditionelle træningsfokuserede tiltag kan skabe ændringer på kort sigt, men hyppigt fastholder borgeren ikke ændringerne på længere sigt. Vaneændring, livsstilsomlægning og livslang fysisk aktivitet er meget udfordrende at fastholde. Ifølge forskerne i arbejdsgruppen fordres borgerens fastholdelse af sunde vaner ved, at der skabes sociale fællesskaber om fx væggtab og ved at etablere gode understøttede brobygningsinitiativer til civilsamfundet.

Det ønskes, at arbejdsgruppen identificerer udviklingstiltag for, hvordan den gode brobygning ud til sociale fællesskaber og civilsamfundets træningsmuligheder bedst effektueres og implementeres som en del af populationsansvaret.

Borgerinddragelse og samskabelse

Samlet set mener arbejdsgruppen, at udviklingstiltagene skal designes med et mål om borgerinddragelse i udviklingen. Det kan være i form af interview, fokusgrupper, spørgeskemaer o.a.

Data for målgrupperne

I samarbejde med Dataarbejdsgruppen under klynge Byen, skabe et datasæt, der kan følge aktivitetsdata for målgrupperne på tværs af sektorerne for antal forløb, antal operationer osv.

Organisering af arbejdsgruppens fortsatte arbejde med udarbejdelse af udviklingstiltag

Overordnet ansvar for drift og koordinering

Arbejdsgruppen har et fælles ansvar for at sikre fremdrift.

Sekretariatsfunktion

Arbejdsgruppen sekretariatsbetjenes fra Københavns Kommune. Denne funktion har ansvar for drift og koordinering samt varetager mødeindkaldelser, referater og udarbejder indstillinger til faglig klynge Byen og politisk klynge Byen.

Arbejdsgruppens sammensætning i det fortsatte arbejde

BESLUTNINGER

Der udpeges repræsentanter fra regionen, almen praksis og kommuner, herunder ledere og klinikere fra praksis samt administrative repræsentanter.

Arbejdsgruppen afholder i 2023 fire møder i perioden fra juni til oktober og to møder i perioden fra oktober til november. Der kan desuden eventuelt være arbejde mellem møderne for at sikre opbakning i den hjemlige organisation.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Afhængigt af beslutning i faglig klynge Byen igangsættes arbejdet med udviklingstiltagene. Umiddelbart efter mødet i faglig klynge Byen udpeges klinikere og ledere fra relevante driftsenheder til arbejdsgruppen. I efteråret 2023 fremlægger arbejdsgruppen forslag til oplæg for faglig sundhedsklynge Byen, hvorefter udviklingstiltagene drøftes i politisk klynge Byen den 28. november 2023.

BILAG:

1. Kommissorium for arbejdsgruppe Træning før/i stedet for operation

4. DRØFTELSE: BRUGERINDDRAGELSE I SUNDHEDSKLYNGE BYEN

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Det fremgår af Lov om ændring af sundhedsloven (Etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg m.v.), som trådte i kraft 1. juli 2022, at sundhedsklyngernes faglige niveau består af repræsentanter for henholdsvis regionen, herunder det psykiatriske område, de deltagende kommuner, almen praksis samt repræsentanter for brugere og pårørende.

I Region Hovedstaden er det aftalt, at der i hver klynge deltager 1 repræsentant fra patientinddragelsesudvalget og 2 lokalt udpegede bruger- og pårørenderepræsentanter.

INDSTILLING

Sekretariatet indstiller:

- **at** faglig sundhedsklynge Byen drøfter forslag til styrket inddragelse af bruger- og pårørendeperspektivet i Sundhedsklynge Byen

REFERAT

Vicedirektør Sille Arildsen præsenterede sagen.

Faglig sundhedsklynge drøftede forslag til styrket inddragelse af bruger- og pårørendeperspektivet.

Der var enighed om, at der skal være metodefrihed ift. hvordan brugerperspektivet inddrages i udvikling af indsatser. I nogle tilfælde kan arbejdsgruppen konsultere fx brugerpaneler eller brugerorganisationer. I andre tilfælde kan klyngens egne brugerrepræsentanter eller ad hoc udpeget brugerrepræsentanter inddrages mere direkte i arbejdsgruppens arbejde. Det er desuden vigtigt at indsatserne evalueres ift. om formålet for brugerne er opnået.

I afviklingen af møderne i faglig sundhedsklynge skal der gives plads til at brugerperspektivet kommer frem fx ved at give tid til refleksion efter sagen er præsenteret.

Fremover skal det fremgå af mødematerialet, hvorledes brugerperspektivet er anvendt i processen op til, at sagen er sat på dagsordenen samt hvilken betydning, det har for sagen.

SAGSFREMSTILLING

Organisatorisk brugerinddragelse

Organisatorisk brugerinddragelse handler om, at brugere og pårørende bidrager med deres viden og perspektiver i udviklingen af sundhedsvæsenet. Det er ikke inddragelse i forhold til brugernes eget behandlingsforløb, men inddragelse i udviklingen af tiltag, der vil gavne fremtidige brugere af sundhedsvæsenet.

Den grundlæggende tanke i organisatorisk brugerinddragelse er, at når der skal planlægges, udvikles, evalueres, uddannes og forskes i sundhedsvæsenet, så skal brugerne af sundhedsvæsenet – altså brugere og de pårørende – inddrages i arbejdet.

Tilbagemeldinger fra brugerrepræsentanter

Sekretariatet har som forberedelse til sagens forelæggelse været i dialog med nuværende bruger- og pårørenderepræsentanter om og erfaringer med deltagelse i Sundhedsklynge Byen.

BESLUTNINGER

Der er generelt positive tilbagemeldinger fra klyngens bruger- og pårørenderepræsentanter på mødeafviklingen. Det bemærkes dog, at mødematerialet er omfattende, og er brugerperspektivet godt kunne være mere tydeligt. Yderligere ønske om at blive inddraget i relevante arbejdsgrupper.

Forslag til tiltag i Sundhedsklynge Byen

- At bruger- og pårørendeperspektivet inddrages tidligt i udvikling af indsatser enten ved deltagelse af klyngens bruger-og pårørenderepræsentanter eller andre brugerrepræsentanter, der repræsenterer et specifikt område.
- At der i mødematerialet fremgår, hvorledes brugerperspektivet er anvendt i processen op til emnet er sat på dagsordenen og hvilken betydning, det har for sagen

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

På baggrund af klyngens drøftelser vil sekretariatet udarbejde principper for brugerinddragelse i Sundhedsklyngen Byen til godkendelse i formandskabet.

BILAG:

1. Ramme for den organisatoriske bruger- og pårørendeinddragelse i organiseringen af Sundhedsklyngerne i Region Hovedstaden

5. DRØFTELSE: INDSTILLING AF FORSLAG TIL NYE NATIONALE LÆRINGS- OG KVALITETSTEAM

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Sundhedsklyngerne har modtaget invitationen til at indstille nye nationale lærings- og kvalitetsteams (LKT) fra Danske Regioner

INDSTILLING

Sekretariatet indstiller:

- **at** faglig sundhedsklynge Byen drøfter, hvilke lokale (gerne tværsektorielle) forbedringsarbejder, der med fordel vil kunne udbredes via et nationalt Lærings- og Kvalitetsteam (LKT)

REFERAT

Det blev besluttet, at faglig sundhedsklynge Byen ikke indstiller forslag til nye nationale lærings- og kvalitetsteam.

SAGSFREMSTILLING

Det Nationale Kvalitetsprogram indebærer en omstilling af kvalitetsarbejdet, som i højere grad sætter fokus på kvalitetsudvikling frem for kvalitetskontrol og på klare mål og resultater, som skaber værdi for patienten og borgeren.

Kvalitetsprogrammet består af tre hovedelementer:

- Otte nationale mål for sundhedsvæsenet
- Etablering af Nationale Lærings- og Kvalitetsteams på udvalgte områder
- Et Nationalt Ledelsesprogram

Som del af Det Nationale Kvalitetsprogram, som er aftalt mellem Regeringen, Danske Regioner og KL i Økonomiaftalerne for 2016, blev det besluttet at igangsætte en række Lærings- og Kvalitetsteams LKT'er.

Et LKT er et nationalt netværk af klinikere, fagfolk og ledere fra relevante afdelinger og enheder samt en ekspertgruppe, som skal arbejde med kvalitetsforbedringer på et udvalgt område. Målet med et LKT er at forbedre den sundhedsfaglige kvalitet samt resultater og oplevelser af behandling, pleje og forløb for brugere, patienter samt pårørende.

Sundhedsklynge Byen har tidligere indstillet forbedringsinitiativer og deltagere til Det Nationale Ledelsesprogram. Nu har faglig sundhedsklynge mulighed for at indstille emner, der kan udbredes via et nationalt Lærings- og Kvalitetsteam (LKT).

Indstillingsproces for Lærings- og Kvalitetsteams (LKT)

Der oprettes 1-2 LKT'er om året på baggrund af en indstillingsproces, og igangsatte LKT'er forløber over en periode på to år.

BESLUTNINGER

Regionerne, KL samt udvalgte myndigheder og organisationer har mulighed for at indstille emner. For første gang inviteres også sundhedsklyngerne til at indstille. Sundhedsklyngerne har et stort kendskab til særligt tværsektorielle projekter og dermed kan klyngerne hjælpe med at pege på lokale forbedringsarbejder, der vil kunne udbredes via et nationalt LKT.

Krav til projekter, der kan indstilles til et nationalt LKT

Projekter, der indstilles til LKT, skal indeholde følgende:

- Klart og afgrænset genstandsfelt (hvad er det projektet skal udbrede/implementere)
- Skal basere sig på evidens, *best practice* eller succesfulde erfaringer og resultater, og der skal være fagligt genklang for det i relevante faglige miljøer
- Det er nødvendigt, at der kan fastsættes relevante målbare indikatorer, således at forbedringsarbejdet kan være datadrevet
- Skal have potentiale til at omfatte en større patientgruppe/borgergruppe
- Mål for projektet og en beskrivelse heraf
- Positive resultater til eksempel

Yderligere beskrivelse af indstillingsprocedure og kriterier fremgår af bilag 1

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Såfremt faglig sundhedsklynge ønsker at indstille et projekt til et nationalt LKT, vil sekretariatet sørge for, at der udpeges en lokal tovholder.

Der er indstillingsfrist den 23. august 2023.

BILAG:

- Bilag 1: Værd at vide før indstilling af emner til nationale lærings- og kvalitetsteams

6. ORIENTERING: STATUS PÅ INDSATSERNE DOSISDISPENSERING OG INDLÆGGELSER FRA PLEJEHJEM

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Politisk sundhedsklynge Byen godkendte i januar 2023 indsatser inde for fokusområderne 'Dosisdispensering' og 'Indlæggelser fra plejehjem'. Arbejdet med indsatserne er igangsat.

INDSTILLING

Sekretariatet indstiller:

- at faglig sundhedsklynge Byen tager orientering til efterretning

REFERAT

Centerchef Sine Mutanu Jungersted præsenterede status på indsatsen 'Dosisdispensering'.

Vicedirektør Sille Arildsen præsenterede status på indsatsen 'Indlæggelser fra plejehjem'.

Præsentationer udsendes med referatet.

Der var tilfredshed med at se udviklingen i indsatserne og en opmærksomhed på at huske løbende status på de indsatser, der sættes i gang.

SAGSFREMSTILLING

Formandskabet vil på mødet give en status på arbejdet med indsatserne i fokusområderne 'Dosisdispensering' og 'Indlæggelser fra plejehjem'.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

På næste møde i faglig sundhedsklynge gives status på indsatserne indenfor fokusområderne 'Den sidste tid' og 'Børn og unges mentale trivsel', der blev godkendt af politisk sundhedsklynge i maj.

BILAG:

-

7. BESLUTNING: ÆNDRING AF MØDEPLAN FOR 2023

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Faglig sundhedsklynge Byen skal jf. Bekendtgørelse om sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg, sundhedsaftaler og patientinddragelsesudvalg mødes min. 4 gange årligt. Mødeplanen for 2023 blev godkendt på mødet den 5. december 2022. Efter en gennemgang af mødeplanen for 2023 vurderer sekretariatet at det er hensigtsmæssigt at flytte de resterende møder i 2023

INDSTILLING

Sekretariatet indstiller:

- **at** faglig sundhedsklynge Byen godkender ændringer i mødeplan for 2023

REFERAT

Indstillingen blev godkendt.

Sekretariatet indkalder til møder for resten af 2023.

SAGSFREMSTILLING

Af hensyn til processen i arbejdsgrupperne for de fokusområder, der skal forelægges politisk klynge den 28. november 2023 flyttes møderne i hhv. august og november. Møderne forslås flyttet således at konkrete forslag kan præsenteres ved næste møde i faglig klynge, hvorefter der stadig er tid til at justere oplægget frem mod mødet i politisk klynge den 28. november 2023.

Sekretariatet foreslår følgende ændringer af mødedatoer for faglig sundhedsklynge Byen:

- Onsdag den 30. august 2023 kl. 14-16 rykkes til onsdag 27. september 2023 kl. 14-16
- Onsdag den 1. november 2023 kl. 14-16 rykkes til mandag den 18. december 2023 kl. 14-16

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Sekretariatet sender opdateret mødeindkaldelser til møder i 2023

BILAG:

-

8. EVENTUELT

Kommende drøftelse af Aftale om 72-timers behandlingsansvar og akutambulante kontakter

Tværsektoriel Strategisk Styregruppe (TSS) har besluttet, at aftalen om 72-timers behandlingsansvar ikke for nuværende udvides til at omfatte akutmodtagelserne, men at løsningerne i første omgang skal findes i de lokale sundhedsklynger.

Det er aftalt, at faglig sundhedsklynge Byen skal drøfte implementering af Aftale om 72-timers behandlingsansvar på det kommende møde. Københavns Kommune efterspurgte, at klyngen i den forbindelse også drøfter lokale løsninger for akutambulante kontakter.

Foruddiskontering af genoptræningsplaner

Københavns Kommune oplever en stor stigning i antallet af genoptræningsplaner i takt med at hospitalerne afvikler udskudte operationer og efterspurgte derfor muligheden for at foruddiskontere antallet af genoptræningsplaner.

Hospitalerne bemærkede, at en stor andel af operationerne er akutte og at en foruddiskontering, derfor vil være baseret på historiske data.



**Kommissorium for arbejdsgruppen:
Træning før eller i stedet for operation**

02. juni 2023

Sagsnummer
2023-0100974

Dokumentnummer
2023-0100974-1

Formål med udviklingsarbejdet

Formålet er, gennem udviklingstiltag, at styrke og udvikle populationsansvaret for de to målgrupper:

- Borgere med artrose(slidgigt) relaterede smerter i hofter og/eller knæ
- Borgere med kredsløbsrelaterede smerter i benene (vindueskigersyndrom), Claudicatio Intermittens (CI) i Sundhedsklynge Byen.

Arbejdsgruppens opgave og organisering

Opgaven for arbejdsgruppens fortsatte arbejde er at udvikle og beskrive konkrete og realistiske udviklingstiltag, som kan imødekomme dele eller alle de forventninger, der er til opgaven med at bidrage til at øge ligheden i sundhed for de to målgrupper og dermed understøtte sundhedsklyngens populationsansvaret. Udviklingstiltagene skal gennemføres i tiden fra november 2023 til nov. 2024.

Krav til udviklingstiltagene

Udviklingstiltagene skal tage udgangspunkt i kommissoriet. Beskrivelserne af de faglige udviklingstiltag skal også indeholde formål, målgruppe, organisering, forventet konsekvens for borgerne og implikationer for hver sektor, evaluering, ideer og overvejelser i forhold til implementering

Overordnet ansvar for drift og koordinering

Arbejdsgruppen har et fælles ansvar for at sikre fremdrift.

Sekretariatsfunktion

Arbejdsgruppen sekretariatsbetjenes fra Københavns Kommune. Denne funktion har ansvar for drift og koordinering samt varetager mødeindkaldelser, referater og udarbejder indstillinger til faglig klynge Byen og politisk klynge Byen.

Center for Sundhed og
Rehabilitering
Afdeling for Rehabilitering
Borups Allé 41
2200 København N

EAN-nummer
5798009290458

www.kk.dk

Arbejdsbyrde

Arbejdsgruppen afholder i 2023 fire møder i perioden fra juni til oktober og to møder i perioden fra oktober til november. Der kan

desuden eventuelt være arbejde mellem møderne for at sikre opbakning i den hjemlige organisation.

Tids og procesplan for arbejdsgruppen

Udviklingstiltagene gennemføres i tiden fra november 2023 til nov. 2024.

15. juni 2023	Arbejdsgruppen udpeges og ned-sættes
	Arbejdsgruppen arbejder
28. september 2023	Arbejdsgruppen fremlægger for-slag til faglig klynge Byen
	Arbejdsgruppen arbejder
28 november 2023	Fremlæggelse til politisk klynge Byen
29 november 2023	Udviklingstiltag igangsættes
Slut maj	Status for arbejdet præsente-res for faglig sundhedsklynge Byen
November 2024	Udviklingstiltag afrapporteres

Deltagere

Erfaringer fra andre tværsektorielle arbejdsgrupper viser, at det skaber det bedste grundlag for fremdrift i opgaven vedrørende at analysere praksis og identificere forbedringsmuligheder, når sammensætningen af deltagere er både klinikere og ledere fra de involverede/udførende enheder understøttet af repræsentanter fra relevante administrative enheder. Den tidlige involvering af de decentrale ledere og klinikere med borgerkontakt skaber samtidig et solidt fundament for en senere spredning og implementering af de nye tiltag.

Der udpeges deltagere til arbejdsgruppen for hhv. almen praksis, Rigshospitalet, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, samt Frederiksberg og Københavns Kommune, herunder ledere og klinikere fra praksis samt administrative repræsentanter. Forskerne, der har deltaget i udarbejdelsen af kommissoriet, tiltræder ad hoc.

Borgerinddragelse og samskabelse

Udviklingstiltagene skal designes med et mål om høj grad af borgerinddragelse i udviklingen. Det kan være i form af interview, fokusgrupper, spørgeskemaer o.a.

Data for målgrupperne

Klynge Byen har nedsat en arbejdsgruppe, der specifikt arbejder med tværgående data. Når der i forbindelse med både udvikling og implementering af udviklingstiltagene er behov for at se og/eller at skabe tværgående datagrundlag, som blandt skal følge resultaterne af de iværksatte tiltag, sker det i samarbejde med denne gruppe.

I samarbejde med Dataarbejdsgruppen under klynge Byen, skabes et datasæt, der kan følge aktivitetsdata for målgrupperne på tværs af sektorerne for antal forløb, antal operationer, hvilke tilbud patienterne har modtaget osv.

Økonomi

Der er afsat 1,4 mio. kr. til udviklingstiltag.

Foreløbige deltagere i arbejdsgruppen

Casper Simonsen, Gruppelider og postdoc Center for Aktiv Sundhed, Rigshospitalet casper.simonsen@regionh.dk

Marius Henriksen, Professor Parker Instituttet, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital marius.henriksen@regionh.dk

Søren Overgaard, Professor Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, soeren.overgaard@regionh.dk

Henning Bliddal, Cheflæge Parker Instituttet, henning.bliddal@regionh.dk

Lars Damkjær, Chefkonsulent Københavns Kommune, se86@kk.dk

Lise Beich, Leder Frederiksberg Kommune, libel12@frederiksberg.dk

Torben Larsen, praktiserende læge, torben@amagerbrogade172.dk

Tana Bredesen, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, tana.aneke.ryalen.bredesen@regionh.dk

Charlotte Glümer, Centerchef KK FS0H@kk.dk

Pia Villadsen Jensen, fuldmægtig KK YX4Q@kk.dk

BAGGRUND FOR KOMMISSORIET

Politisk beslutning

Med oprettelsen af sundhedsklyngerne pr. 1. juli 2022 følger et fælles populationsansvar for borgere med forløb på tværs af sektorerne. Med populationsansvaret skal arbejdet i sundhedsklyngerne skabe sammenhæng for borgerne og bidrage til at skabe øget lighed i sundhed. Sundhedsklyngen er forpligtet til at styrke og udvikle populationsansvaret, og det er forventningen, at sundhedsklyngerne tør gå nye veje og gennemføre prøve-handlinger, der kan skabe bedre løsninger for borgerne.

Politisk sundhedsklynge Byen besluttede på møde den 28. september 2022 en række fokusområder for klyngen, herunder Træning før operation. Den 10. januar godkendte politisk sundhedsklynge Byen årshjul for 2023, hvor fokusområdet skal drøftes i den politiske sundhedsklynge den 28. november.

Faglig sundhedsklynge Byen havde på møde den 8. marts en forberedende drøftelse af området med udgangspunkt i forslag om, at en arbejdsgruppe udarbejder forslag til konkrete tematikker, hvor *Træning før operation* er relevant, som fx rygområdet, artrose i knæ og hofter og vindueskiggersyndrom (CI).

Bispebjerg og Frederiksberg Hospital bemærkede hertil, at fokus alene på træning var for snævert og skulle udvides med andre livstilsfaktorer som fx kost og rygning. Frederiksberg Kommune bemærkede, at temaet også skulle omfatte træning i stedet for operation, og Københavns Kommune bemærkede, at der skal være fokus på digitale løsninger og mere systematisk anvendelse af disse. På den baggrund godkendte faglig sundhedsklynge Byen at nedsætte en tværsektoriel ad hoc arbejdsgruppe med deltagelse fra region, kommune og almen praksis. Arbejdsgruppen fik til opgave at udarbejde et kommissorium for arbejdsgruppen med inddragelse af ovenstående input fra faglig klynge, samt et oplæg til drøftelse i den faglige sundhedsklynge den 14. juni 2023.

Politisk sundhedsklynge Byen godkendte i april i skriftlig votering fordeling af sundhedsklyngemidler, hvor der blev afsat 1,4 mio. kr. til Træning før/i stedet for operation. Arbejdsgruppen skal udarbejde konkrete forslag til anvendelse af klyngemidlerne til området. Det blev samtidig præciseret, at effekten af indsatsen skal følges.

Det fælles udfordringsbillede for borgere med kroniske lidelser, herunder artrose i knæ og hofter og borgere med vindueskiggersyndrom (CI)

For borgere med artrose i hofte og knæ har det siden 2014 været en del af de nationale kliniske retningslinjer, at borgerne ikke skulle tilbydes operation medmindre der først var gennemført et træningsforløb. En lang række kommuner i Danmark har implementeret dette i form af diagnosespecifik og ledfokuseret træning. Københavns Kommune valgte at tilbyde dette til kommunens borgere fra 2016. Tilbuddet i Københavns Kommune kan tilgås fra den praktiserende læge via en henvisning og der er i øjeblikket cirka 1700 borgere årligt, der henvises. I Frederiksberg Kommune er der for nuværende ikke et lignende tilbud.

Borgere med vindueskiggersyndrom er en forholdsvis ny målgruppe inden for træningsområdet i kommunalt regi. I 2020 anmodede Dansk Karkirurgisk Selskab de danske kommuner om at etablere forebyggende tilbud og i 2021 udkom der nye danske studier, der viser gavnlige effekter af kommunale trænings- og forebyggelsestiltag til målgruppen. I Københavns Kommune er der med indgangen til 2023 etableret et tilbud, der varetager træning til denne gruppe. Tilbuddet kan dog kun i begrænset omfang tilgodese et sammenhængende sundhedsforløb med rygestop, alkoholindsats, diætetisk vejledning osv. I Frederiksberg Kommune er der i øjeblikket ikke et særligt tilbud til denne gruppe.

Der er en række fælles udfordringer for de ovenfor nævnte målgrupper, som skal adresseres i forbindelse med etableringen af udviklingstiltag tilknyttet populationsansvaret for de to målgrupper:

- *Rekruttering på det rigtige tidspunkt;* mange borgere kommer meget sent i gang med de forebyggende indsatser.
- *Konkurrerende lidelser;* ganske mange borgere har flere kroniske lidelser og/eller livsstilsudfordringer som overvægt, rygning, alkohol og konkurrerende kroniske lidelser som fx diabetes, hjerteproblemer, KOL og psykiske udfordringer.
- *Fastholdelse i forebyggelsestilbud;* sygdoms- og behandlingsbyrden kan blive så stor for borgeren, at der skal skabes ganske særlige rammer for at fastholde borgeren i fx vægttab eller rygestop.
- *Udslusning fra kommunale tilbud og livslang forebyggelse;* ved ophør af kommunal indsats og en ideelt set livslang indsats er der behov for et styrket tiltag i form af brobygning til civilsamfundets tilbud, hvis effekterne skal holde.

Viden og erfaringer fra arbejdsgruppen, som skal bæres med ind i det videre arbejde

Der er konsensus blandt arbejdsgruppens deltagere om udfordringsbilledet for de to målgrupper. Der er ligeledes konsensus om forslag til de udviklingstiltag, som skal beskrives. Forslagene er her kategoriseret i forhold til forløbets tre faser; 1) modtagelse, træning, vægttab, 2) undervisning og vejledning og 3) udslusning.

Videre er der en opgave i forhold til at samarbejde med klynge Byens arbejdsgruppe for data om at etablere et tværgående datasæt for de to målgrupper. Dette blandt andet med henblik på at vise udviklingen i antal operationer for de to målgrupper.

1) Inklusion og modtagelsen af målgruppen

Borgerne har først og fremmest behov for at blive mødt på det rigtige tidspunkt i forhold til deres sundhedsudfordringer. Det betyder, at en del borgere skal have adgang til indsatserne tidligere end det i dag er tilfældet. Når borgerne skal i gang med indsatsen er det essentielt, at de bliver mødt med et bredt perspektiv på den enkeltes sundhedstilstand og konkrete behov. For borgere med nedsat sundhedstilstand (f.eks. overvægt) kan omgivelser og mødet med en sundhedsprofessionel været forbundet med og potentielle stigma. F.eks. kan indretning og anden non-verbal kommunikation påvirke oplevelse af at et tilbud passer til den enkelte

borger samt motivation for at komme igen hos borgeren. (organisatoriske sundhedskompetencer). Der kan være konkurrerende kroniske lidelser, overvægt, sociale og psykiske udfordringer osv. Knæsmærterne kan meget vel skyldes overvægt, og til overvægten er knyttet hjerteproblemer, høje kolesteroltal, diabetes, som det for patientens samlede sundhedstilstand kan være langt mere effektivt at hjælpe borgeren med at håndtere. Der ønskes udviklingstiltag, der kan skabe modeller for hvordan en tidlig modtagelse af borgeren med en bred sundhedstilgang, skabes og implementeres som en del af populationsansvaret.

Erfaringer fra tværsektorielt samarbejde på hjerteområdet

Københavns Kommune og Bispebjerg og Frederiksberg Hospital har konkrete erfaringer med, hvordan man kan udvikle, samarbejder på tværs af sektorer ud fra nogle grundlæggende principper. Her er omdrejningspunktet samskabelse i en bottom up tilgang om det fælles populationsansvar ved brug af data, udvikling af interaktioner /mødefora, hvor der kan skabes videndeling både i forhold til faglige problemstillinger og enkelte patient/borger cases. Det er principper og metoder, som også er indeholdt i det nationale program for kvalitet i sundhedsvæsenet.

Erfaringer fra Parker Instituttet med intensivt vægttabsprogram til personer med artrose i knæ

Parker Instituttets erfaringer såvel som forskningsprojekter viser, at for borgere med både overvægt og knæartrose kan et betydeligt vægttab (gennemsnitligt 10-15 procent) opnås ved hjælp af kosterstatningsprodukter og ugentlige gruppesessioner hos diætist i et forløb der varer otte-12 uger. Typisk består de første otte uger af 100 procent kosterstatning og i de efterfølgende fire uger introduceres 'almindelig' kost igen. Gruppesessionerne hos diætisten består af både individuel- og gruppebaseret støtte til den enkelte deltager samt undervisning i sunde kostprincipper og vaner. Forskningsprojekter har vist, at vægttabet medfører betragtelige forbedringer i smerter og funktionsniveau, der overstiger Parker Instituttets erfaringer med effekterne af træning. Desuden ses betydelige sundhedsgavnige effekter såsom sænket blodtryk, triglycerider og kolesterol.

2) Træning, undervisning og vejledning

Der er konsensus om, at der er behov for et bredt syn på træningsindsatsen til målgrupperne. Den diagnosespecifikke og ledfokuserede træning til borgere med smertefuld artrose kan være den rigtige træning for en mindre del af målgruppen, men kan f.eks. være kontraindiceret for borgere med svær overvægt. På samme måde viser erfaringer, at det med et ensidigt gangtræningsprogram på løbebånd til borgere med Claudicatio Intermittens ikke nødvendigvis er muligt at fastholde borgerens motivation i mange måneder, hvilket ofte resulterer i et stort frafald til dette tilbud. Der ønskes af disse årsager udviklingstiltag, som afsøger

muligheden og vidensgrundlaget for en bred tilgang til fysisk aktivitet og træning for borgere i målgrupperne, herunder også digitale løsninger.

3) Udslusningen til livslang træning og fastholdelse af resultater

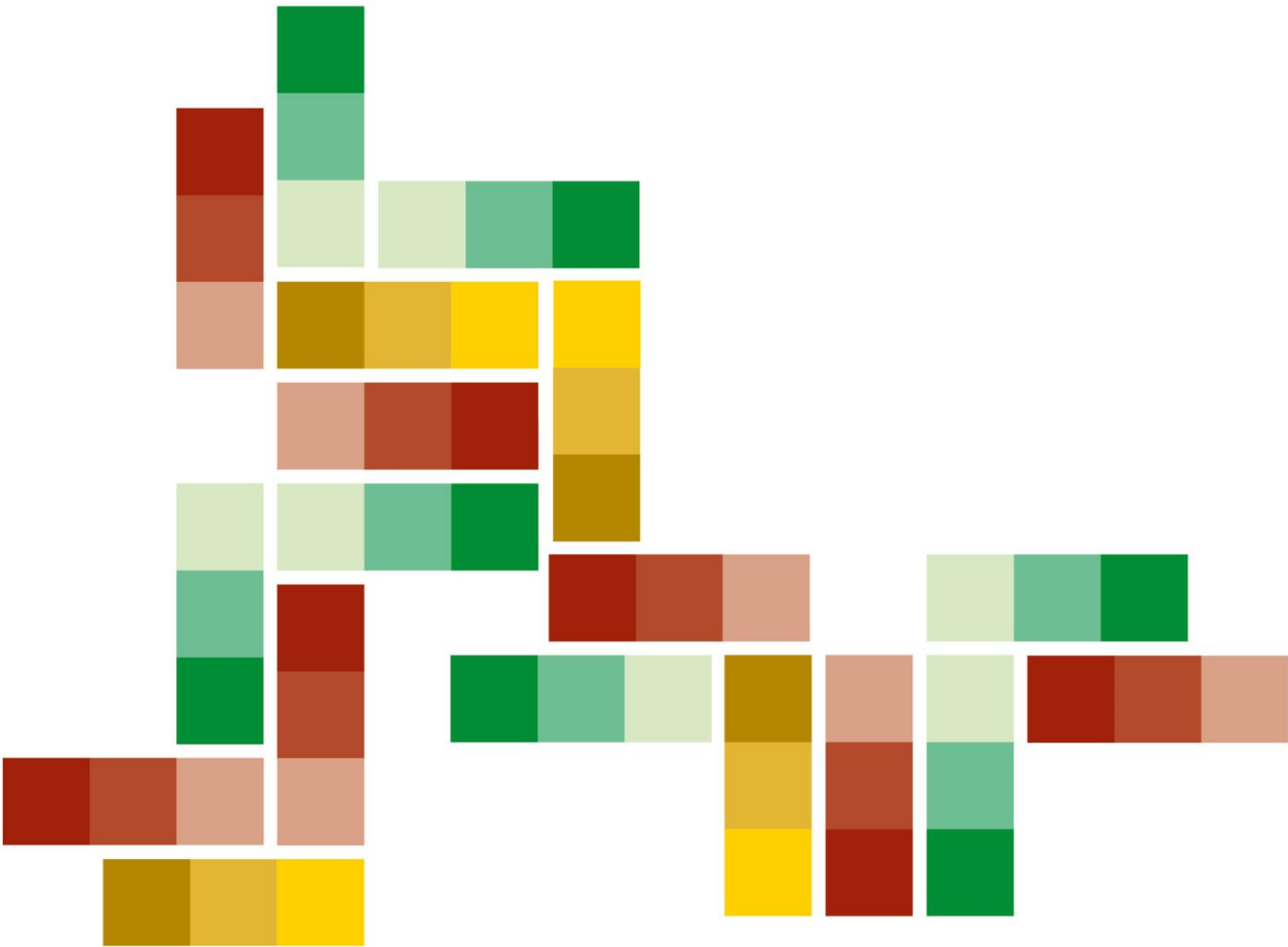
De traditionelle trænings- og vægttabsprogrammer kan skabe ændringer på kort sigt, men ofte fastholdes borgeren ikke i vedvarende livsstilsomlægninger på længere sigt. Vaneændring, livsstilsomlægning og livslang fysisk aktivitet er meget udfordrende at fastholde. Ifølge forskerne i arbejdsgruppen fordres borgerens fastholdelse af sunde vaner ved, at der skabes sociale fællesskaber om fx vægttab og ved at etablere gode understøttede brobygningsinitiativer til civilsamfundet. Kommissoriegruppen lægger derfor op til, at arbejdsgruppen identificerer udviklingstiltag for, hvordan den gode brobygning ud til sociale fællesskaber og civilsamfundets træningsmuligheder bedst understøttes.

Erfaringer fra Center for Aktiv Sundheds (CFAS) projekt Aktive Fællesskaber:

Formålet med projekt Aktive Fællesskaber er at styrke overgangen mellem de kommunale rehabiliterings- og forebyggelsestilbud og motionstilbud i foreningslivet. Målet er at borgere med hjertekarsygdom, type-2 diabetes og/eller svær overvægt støttes til at fortsætte med at være fysisk aktive, efter deres kommunale forløb er afsluttet.

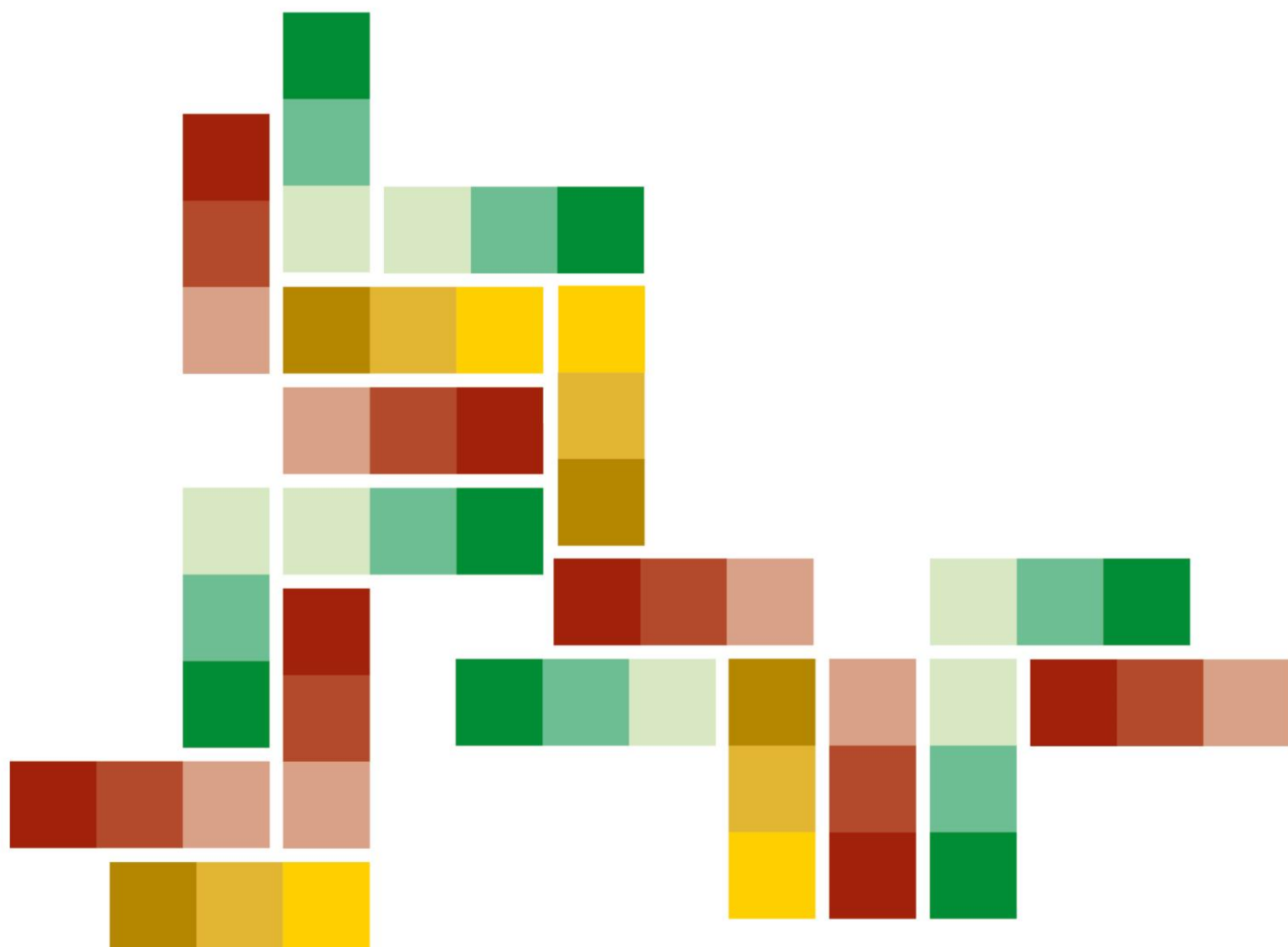
Fire metoder er identificeret, som meningsfulde: 1) En lønnet brobygger (ansat i sundhedsafdelingen), 2) Et simpelt digitalt overblik over relevante motionstilbud, 3) En besøgsordning, hvor de kommunale hold besøger foreninger og foreninger inviteres ind som gæstetrænere på de kommunale hold, 4) Samskabte tilpassede og målrettede hold på tværs af idræts- og patientforeninger med rådgivning fra de kommunale sundhedsprofessionelle.

Sundhedsaftalen
Region Hovedstaden, kommunerne og almen praksis



**Ramme for den organisatoriske
bruger- og pårørendeinddra-
gelse i organiseringen af Sund-
hedsklyngerne i Region Hoved-
staden**

Godkendt af Tværsektoriel strategisk styregruppe den 30. au-
gust 2022



Indholdsfortegnelse

Indledning - Ramme for den organisatoriske brugerinddragelse i Sundhedsklyngerne	2
Målgruppe	2
Baggrund.....	2
Model for bruger- og pårørendeinddragelse i Region Hovedstaden.....	3
Formål med brugerinddragelse i sundhedsklyngerne	5
Rammerne for samarbejdet i de fagligt strategiske klynger.....	6
Rekruttering af bruger- og pårørenderepræsentanterne	6
Et åbent og ligeværdigt samarbejde	7
Forventningsafstemning	8
Introduktion til den organisatoriske brugerinddragelse	9
Mødeplanlægning og afholdelse	10
Dagsordenerne.....	11
Overvejelser i forhold til ønsket udbytte af brugerinddragelsen.....	12
Understøttelse af bruger- og pårørenderepræsentanterne både centralt og lokalt	13
Understøttelse centralt.....	13
Understøttelse lokalt.....	13
Godtgørelse/kompensationer på transport og understøttende materialer mv.....	14
Evaluerings og opfølgning på modellen.....	15
Yderligere inspiration.....	15

Version: 1
Udformet af: Center for Sundhed
Senest opdateret: 9. september 2022



SUNDHEDSAFTALEN

Region Hovedstaden, kommunerne og almen praksis

Indledning - Ramme for den organisatoriske brugerinddragelse i Sundhedsklyngerne

I den gældende sundhedsaftale for Region Hovedstaden 2019 – 2023 er beskrevet en vision "Mere samspil med borgerne". Det har man arbejdet med siden 2019 blandt andet ved at invitere organisatoriske bruger- og pårørenderepræsentanter ind i arbejdet i samordningsudvalgene nedsat under akuthospitalerne.

Nu er samordningsudvalgene erstattet med sundhedsklynger og brugerrepræsentationen er nu indskrevet i lovgivningen.

Der har således været arbejdet med den organisatoriske bruger-/pårørendeinddragelse (i det følgende 'brugerinddragelse') igennem en længere periode i samordningsudvalgene og erfaringerne vil blive inddraget i herværende ramme for den kommende brugerinddragelse i den nye sundhedsklyngeorganisering.

Herværende Ramme er godkendt i Tværsektoriel strategisk styregruppe den 30. august 2022, og forventes brugt som en håndbog for implementeringen af den organisatoriske brugerinddragelse i organiseringen omkring sundhedsklyngerne. Håndbogen skal være med til at sikre en ensartet tilgang til brugerinddragelsen med mulighed for en lokal tilpasning.

Målgruppe

Ramme for den organisatoriske bruger- og pårørendeinddragelse henvender sig både til de administrative og de politiske deltagere samt bruger- og pårørendedeltagerne i sundhedsklyngestrukturen. Rammen er primært orienteret mod de faglige klynger, men er også dækkende for Tværsektoriel strategisk styregruppe, hvor der indgår faste bruger- og pårørende repræsentanter.

Baggrund

Den 1. juli trådte de nye sundhedsklynger og Sundhedssamarbejdsudvalget i kraft.

Det fremgår af Lov om ændring af sundhedsloven vedtaget af Folketinget ved 3. behandling den 9. juni 2022 § 203 stk. 4, at det faglige strategiske niveau består af repræsentanter for henholdsvis regionen, herunder det psykiatriske område, de deltagende kommuner, almen praksis samt repræsentanter for patienter og pårørende.

I bemærkningerne til lovforslaget fremgår det blandt andet:

- Repræsentanter for patientinddragelsesudvalget vil skulle tilbydes to faste pladser i sundhedsklyngerne på det faglige strategiske niveau.
- Det vil også være muligt at inddrage repræsentanter for patienter og pårørende, uanset om disse er repræsenteret i patientinddragelsesudvalget.

Jf. lovgivningen, er formålet med brugerinddragelsen at sikre, at brugere og pårørendes perspektiv og erfaring indgår i udviklingen af mere sammenhængende forløb på tværs af sektorer. Brugerinddragelse er en væsentlig faktor i arbejdet med at højne kvaliteten i det danske sundhedsvæsen, og brugerinddragelse har en positiv virkning på behandlingsudfald såvel som på brugertilfredshed.

Model for bruger- og pårørendeinddragelse i Region Hovedstaden

Lovens beskrivelse af repræsentation af 2 faste medlemmer i hver klynge fra Patientinddragelsesudvalget (PIU) har givet anledning til nedenstående forslag til en model for bruger- og pårørenderepræsentationen i sundhedsklyngerne i Region Hovedstaden

Samtidig har flere af de lokale samordningsudvalg stillet ønsker om, at deres nuværende bruger- og pårørenderepræsentanter fra lokalområdet kan fortsætte. Lokalt udpegede repræsentanter sikrer repræsentanter med lokalt kendskab, mens PIU repræsenterer det mere overordnede blik. Samspillet mellem PIU-repræsentanter og lokalt udpegede repræsentanter kan derfor give en bredde og synergi. Det giver også et lokalt råderum og mulighed for tilpasning, fx varierer klyngerne i størrelse og demografi.

Region Hovedstadens model for bruger- og pårørendeinddragelse er på den baggrund skitseret i skemaet:

Organisation	Bruger-/pårørenderepræsentation
Sundhedssamarbejdsudvalget	PIU deltager i: • Årligt møde om forventninger til samarbejdet • Relevante arbejdsgrupper og udviklingsprojekter
Tværasektoriel Strategisk Styregruppe	PIU deltager med 2-3 medlemmer
Sundhedsklyngernes politiske niveau	PIU deltager i: • Dialogmøder om konkrete emner • Relevante arbejdsgrupper og udviklingsprojekter i klyngerne
Sundhedsklyngernes faglig strategiske niveau	Der deltager 1 medlem fra PIU og min. 2 repræsentanter udpeges lokalt.

	Ved udpegningen skal der sikres en repræsentation fra både det somatiske og psykiatriske område. Der skal være opmærksomhed på at invitere repræsentanter fra børn- og ungeområdet fra både somatikken og psykiatrien ved relevante emner.
--	--

Opgaverne for bruger-/pårørenderepræsentanterne på de forskellige niveauer

Organisation	Opgaver for bruger-/pårørenderepræsentanterne
Sundhedssamarbejdsudvalget	I henhold til bemærkninger i lovforslaget deltager PIU i: • Årligt møde om forventninger til samarbejdet • Relevante arbejdsgrupper og udviklingsprojekter
Tværsektoriel Strategisk Styregruppe	PIU deltager på møderne med 2-3 medlemmer
Sundhedsklyngernes politiske niveau	I henhold til bemærkninger i lovforslaget deltager PIU i: • Dialogmøder om konkrete emner I relevante arbejdsgrupper og udviklingsprojekter i klyngerne
Sundhedsklyngernes faglig strategiske niveau	Bruger- og pårørenderepræsentanterne deltager i opgaverne på lige fod med de øvrige medlemmer i klyngerne. Opgaven er at bringe brugernes og pårørendes perspektiver og behov ind i arbejdet med at løfte populationsansvaret og sikre sammenhæng i behandlings- og rehabiliteringsforløb på tværs af sundhedsområdet og i relevant omfang til tilgræn-

	sende sektorer. Desuden skal bruger- og pårørenderepræsentanternes perspektiver være med til at styrke forebyggelse, kvalitet og omstilling til det primære sundhedsvæsen.
--	--

Formål med brugerinddragelse i sundhedsklyngerne

Formålet med og præmisserne for brugerinddragelsen skal være tydeligt både for bruger- og pårørenderepræsentanterne og de øvrige mødedeltagere i klyngen.

Formålet med brugerinddragelsen er:

- at sikre, at brugeres og pårørendes perspektiver og behov inddrages og omsættes i praksis, både når der tænkes i organisering, udvikling, løsninger og indsatser
- at konkrete indsatser og resultater kvalificeres, så de afspejler brugernes perspektiver
- at brugerperspektivet skal være med til at skabe et meningsfuldt samarbejde og bedre løsninger
- at brugerperspektivet er med til at sikre den røde tråd igennem et sammenhængende patientforløb.

Bruger- og pårørenderepræsentanterne har levede erfaringer med patientforløb, hvor mange også har været gennem overgangene mellem sektorerne og overgangen fra sundhedsområdet til socialområdet. De har oplevet, hvordan forskellige initiativer er ført ud i virkeligheden, og de kan derfor være med til at give feedback, kvalitetssikre og udvikle en sammenhæng, der giver værdi for patienten.

Inddragelse af bruger- og pårørende repræsentanter er stadig et nyt område. Der skal stadig udforskes i, hvordan vi bedst skaber en ligeværdig og berigende inddragelse, som kan være med til at udvikle et sammenhængende sundhedsvæsen. Det kræver prioritering og fokus.

Rammerne for samarbejdet i de fagligt strategiske klynger

Rekruttering af bruger- og pårørenderepræsentanterne

Der rekrutteres min. 3 bruger- og pårørenderepræsentanter til hver klynge. Det giver et bredere og dybere erfaringsgrundlag, og sikrer at brugerrepræsentanterne kan støtte hinanden. Det er også mindre sårbart for afbud.

Patientinddragelsesudvalget udpeger 1 fast medlem. Derudover rekrutterer klyngen min. 2 bruger- og pårørenderepræsentanter fra klyngens planområde. Udpegningen skal sikre en repræsentation af klyngens brede borgergruppe. Ved udpegningen skal der sikres en repræsentation fra både brugere og pårørende med viden fra både det somatiske og psykiatriske område. Der skal være opmærksomhed på at invitere repræsentanter fra børne- og ungeområdet fra både psykiatrien og somatikken til behandling af relevante emner.

Derudover skal det så vidt muligt sikres, at der blandt de lokalt udpeget repræsentanter er konkrete erfaringer med sundhedsvæsenet i den pågældende klynge.

Det er klyngen, der fastsætter en procedure for den lokale rekruttering og en proces for rekruttering ved udskiftninger.

INSPIRATION ved rekruttering af de lokale bruger- og pårørenderepræsentanter

Inden rekrutteringen igangsættes, skal det overvejes hvilke kompetencer der efterspørges, fx erfaring med særlige områder og evne til at repræsentere bredt.

Det vil være en fordel at sammensætte repræsentanterne således at forskellige aldersgrupper, interesser, erfaringer og perspektiver er repræsenteret.

Der kan med fordel tages udgangspunkt i beskrivelsen af bruger- og pårørenderepræsentantens opgaver.

Repræsentationen skal kunne dække både det somatiske og det psykiatriske område.

TIL OVERVEJELSE:

- Kan repræsentere bruger- og pårørendeperspektivet på et generelt plan
- Skal kunne arbejde både på et strategisk og et konkret niveau
- Skal være klar på rollen og rammerne i de forskellige fora
- Skal kunne definere og inddrage patientens og de pårørendes behov og erfaringer ind i et sammenhængende forløb – hvad er der virkelig på spil for patienterne?

- Har nutidig personlig erfaring med et særligt område i sundhedsvæsenet
- Kan håndtere bruger/pårørenderepræsentantrollen, også selv om brugererfarin-gen kan være suppleret med fx sundhedsfaglig erhvervsbaggrund
- Besidder evne til at reflektere
- Er løsnings- og læringsfokuseret
- Bor i planområdet
- Kan være fleksibel i forhold til mødedeltagelse i arbejdstiden
- Har tid til at deltage i møder, tid til at læse mødemateriale og kommentere ud-kast til dokumenter
- En aldersspredning
- Børnene- og de unges stemmer kan evt. inddrages via pårørende, eller det kan overvejes at trække på nogle af regionens eksisterende ungepaneler alt efter hvilken konkret problemstilling der arbejdes med.

Et åbent og ligeværdigt samarbejde

For at få et konstruktivt samarbejde skal der fra start tilstræbes et åbent og ligeværdigt samarbejde. Der skal skabes tryghed i rummet. Det skal være med til at opbygge en gen-sidig tillid og relation mellem bruger- og pårørenderepræsentanter, formandskab og øvrige mødedeltagere.

INSPIRATION til at få opstartet et åbent og ligeværdigt samarbejde

- Det kan være udfordrende for en bruger eller pårørende at deltage i et forum, hvor alle andre er fagpersoner. Det kan være gavnligt for brugerne at modtage fagligt materiale i god tid og at få hjælp til at forstå det, hvis der er behov for det.
- Det kan være gavnligt for bruger- og pårørenderepræsentanterne at holde et formøde med en eventuel kontaktperson for at kunne bidrage så relevant som muligt til selve arbejdet.
- God mødeledelse og facilitering kan hjælpe et mere ligeværdigt samarbejde på vej.

TIL OVERVEJELSE:

- At inddrage bruger-og pårørenderepræsentanterne tidligt i forløbet
- At der allerede i mødematerialet fremgår, hvorledes brugerperspektivet er anvendt i processen op til emnet er sat på dagsordenen
- At der på dagsordenen for første møde indgår et punkt om klyngens formål og dialog om forventninger til deltagernes opgaver og roller (inklusive brugerrepræsentanternes)
- Fordeling af taletid
- Tildele bruger- og pårørenderepræsentanterne en særlig plads på dagsordenen eller efterspørge brugerperspektivet på alle eller udvalgte dagsordenspunkter.
- Sprogbrug, for eksempel oversættelse af faglige termer
- Tydelig italesættelse af bruger-og pårørenderepræsentanternes bidrag og opsamling på, hvordan det vil blive bragt videre
- Tydelig italesættelse af beslutninger, aftaler, konklusioner og det videre arbejde.

Forventningsafstemning

Et godt skridt på vejen er en grundig forventningsafstemning, der blandt andet tydeliggør, at bruger- og pårørenderepræsentanten indgår på lige fod med de andre deltagere. Det er formandskabet, der har ansvar for at der sker en løbende forventningsafstemning i klyngen.

INSPIRATION til forventningsafstemning

- Forventningsafstemningen bør også indgå som naturlig del af opstartsmødet for selve klyngen
- Afklaring af forventninger til hinanden
- Tydeliggørelse af formålet for brugerinddragelse i klyngerne
- Tydeliggørelse af klyngernes opgaver, herunder tydeliggørelse af bruger- og pårørenderepræsentanternes perspektiver og roller
- Hvordan giver brugerinddragelsen mest mening?

- Hvordan kan brugerperspektivet bringes i spil, så der er tale om reel inddragelse?

Introduktion til den organisatoriske brugerinddragelse

Erfaringer med bruger- og pårørenderepræsentanter i mødefora viser, at det er afgørende med en indledende introduktion til at arbejde med organisatorisk brugerrepræsentation – for alle i klyngen.

Organisatorisk brugerinddragelse

Organisatorisk brugerinddragelse handler om, at brugere og pårørende bidrager med deres viden og perspektiver i udviklingen af sundhedsvæsenet. Det er ikke inddragelse i forhold til brugernes eget behandlingsforløb, men inddragelse i udviklingen af tiltag, der vil gavne fremtidige brugere af sundhedsvæsenet.

Den grundlæggende tanke i organisatorisk brugerinddragelse er, at når der skal planlægges, udvikles, evalueres, uddannes og forskes i sundhedsvæsenet, så skal brugere af sundhedsvæsenet – altså patienterne og de pårørende – inddrages i arbejdet.

For at sikre at alle i klyngen er klar på rammer og roller ved brugerinddragelsen, anbefales det at der laves introduktionstilbud målrettet alle medlemmerne i klyngen ved opstart. Derudover kan der være behov for at bruger- og pårørenderepræsentanterne får en introduktion til det tværsektorielle samarbejde.

Da der må påregnes en løbende udskiftning af medlemmerne, kan det overvejes, at der laves en model for tilbud om introforløb for tilkommende medlemmer.

Forslag til intro-forløb	
INTRO	ANSVARLIG for tilrettelæggelse og gennemførsel
Intro til hele klyngen ved opstart (der kan bookes inspirationsoplæg - se side 14)	Formandskabet i Klyngen

Intro til bruger- og pårørenderepræsentanterne om det tværsektorielle samarbejde i klyngen (Kan suppleres med fælles intromøde – se side 14).	Formandskabet i Klyngen
Intro til bruger- og pårørenderepræsentanterne løbende	Formandskabet og sekretariatet i klyngen
Intro ved udskiftninger af bruger- og pårørenderepræsentanterne (Der udarbejdes informationsmaterialer – se side 14)	Formandskabet og sekretariatet i klyngen

INSPIRATION til indhold i introduktionsforløb (Der udbydes et fælles intromøde – se side 14).

- Hvad er organisatorisk brugerinddragelse
- Hvad er formålet med brugerinddragelsen
- Rammen for brugerinddragelsen
- Introduktion af hvilke fora, der giver hvilke forventninger og muligheder for inddragelse
- Hvilke netværk der er etableret for klyngesamarbejdet bruger- og pårørenderepræsentanter og med hvilket formål
- Hvor kan der hentes sparring.

Mødeplanlægning og afholdelse

Når arbejdet tilrettelægges, er det vigtigt at overveje bruger- pårørenderepræsentanternes vilkår og muligheder for at udføre funktionen. Dels kan de have forskellige udfordringer, som der skal tages hensyn til. Dels viser de tidligere erfaringer med bruger- og pårørenderepræsentanter, at forberedelse til møderne i forhold til dagsordenens punkter og baggrundsmateriale er vigtig. Formandskabet skal tage stilling til, hvordan bruger- og pårørenderepræsentanterne forberedes og inddrages i møderne. Der skal være opmærksomhed på at god forberedelse kræver tid især i starten, og når nye medlemmer indtræder.

Da der kan være tale om ret store mødefora – kan der ved planlægningen af møderne tænkes i behandling af emnerne i mindre grupper i workshop og lignende.

Dagsordenerne

Når der skal behandles punkter, der leder frem til et initiativ eller en beslutning er det vigtigt at brugerens stemme inddrages tidligt i processen. Tidligt i processen er der større åbenhed for inddragelse af brugerperspektivet.

For at sikre at bruger- pårørenderepræsentanten inddrages relevant, kan det være en ide at de inddrages i udformningen af dagsordenen.

Der kan arbejdes med opdeling af dagsordenen i orienterings- og drøftelsespunkter, eller opdeling af møder med orientering og drøftelser.

Evalueringen fra brugerinddragelsen i samordningsudvalgene fra 2022 peger på at inddragelse i workshops, undergrupper, konkrete forberedelsesarbejder får brugerperspektivet i spil og giver en ligeværdig inddragelse

INSPIRATION til mødeplanlægning og udfærdigelsen af dagsordenerne

TIL OVERVEJELSE:

- Fysiske rammer og mødetidspunkter
- Forberedelse forud for mødet, fx formøder
- Brug læselige navneskilte i starten og ved udskiftninger
- Inddragelse af bruger- og pårørende i arbejdet med dagsordenen
- OBS på sprog i dagsordener og på møderne
- Mødeform, fx temamøder, fleksibel dagsorden med fokusering, opdeling og prioritering af punkterne
- Inddragelse under mødet fx via mødefacilitering
- Begræns/tilpas dagsordenspunkterne så der er rimelig tid til en tilfredsstillende behandling af punkterne
- Afsæt tid til afrunding af punkterne
- Give plads til evaluering ved mødets afslutning.

Overvejelser i forhold til ønsket udbytte af brugerinddragelsen

Nedenstående inspiration kan inddrages i forhold til planlægningen af dagsordenerne og det ønskede udbytte af behandlingen. Kan ligeledes bruges til tjek på om man er lykkedes med at få sat brugerperspektivet i spil.

INSPIRATION til udvikling og opfølgning på dagsordener

Fremmer tiltaget:

- Lighed i sundhed
- Patientsikkerheden
- Borgerens livskvalitet.

For hver indsats/ændring vurderes og afvejes før der træffes beslutning. Vurderingen skal fremgå, når der træffes beslutning.

Hvilken effekt/outcome har tiltaget:

- for patient/borger/pårørende?
- for det tværfaglige samarbejde
- for den enkelte sektor/instans...

Samt:

1. Hvilke afledte konsekvenser har tiltaget i forhold til ovenstående?
2. Hvad kan tiltaget/ændringen erstatte eller hvad bliver overflødiggjort (opgør konsekvenser)?

Understøttelse af bruger- og pårørenderepræsentanterne både centralt og lokalt

Det er vigtigt at sikre, at bruger- og pårørenderepræsentanterne har den nødvendige støtte til at udføre deres opgave, dette både lokalt i klyngerne og centralt på tværs af klyngerne.

Understøttelse centralt

Fælles intromøde for alle bruger- og pårørenderepræsentanterne

Formålet med Intromødet er at repræsentanterne får en overordnet orientering om blandt andet organiseringen af klyngestrukturen, opgaver og forventninger, tilbud om understøttelse fra centralt, lokalt og Patientinddragelsesudvalget.

Inspirationsoplæg til de 5 klynger (faglige strategiske niveau)

Der tilbydes et oplæg a 30 min. Formålet med inspirationsoplægget er på allerførste møde i klyngen (hvor alle første gang møder hinanden og formål/arbejdsform for forummet gennemgås) at give inspiration til samarbejdet, når der både deltager fagprofessionelle og bruger- og pårørenderepræsentanter.

Netværk for tværgående netværk for bruger- og pårørenderepræsentanter

Der er gode erfaringer med at lave et formelt faciliteret netværk, hvor bruger- og pårørenderepræsentanterne på tværs møder hinanden. Her kan de få støtte og sparring til, hvordan de bedst muligt repræsenterer et generelt brugerperspektiv og få sat brugerperspektivet i spil i de fora, de arbejder i. Bruger- og pårørenderepræsentanterne kan ligeledes få fælles baggrundsviden eller drøfte generelle problemstillinger. Der afholdes 1-2 årlige obligatoriske netværksmøder om året.

Informationsmateriale til nye bruger- og pårørenderepræsentanter

Der udarbejdes materiale til repræsentanter, der kommer til ved løbende ved udskiftninger. Materialet skal fx indeholde overordnet orientering om organiseringen og opgaverne, hvad man kan forvente som repræsentant, og hvad der forventes af repræsentanten. Her tænkes på en kombination af skriftligt materiale og evt. e-learning.

Understøttelse lokalt

Den lokale støtte i de enkelte klynger er også vigtig. Her har formandskabet en stor rolle, da ledelsesopbakning og prioritering i form af tid og ressourcer er afgørende for en vellykket organisatorisk brugerinddragelse. At inddrage brugerne og de pårørende i det organisatoriske samarbejde er stadig et udviklingsområde, og det vil være nødvendigt at have mod til at træde nye stier.

De lokale sekretariater vil stå for den løbende kontakt til bruger – og pårørenderepræsentanterne mellem møderne.

Det anbefales, at der nedsættes et netværk for klyngesekretariaterne hvor der blandt andet kan udveksles tips og ideer om den gode brugerinddragelse.

INSPIRATION til understøttelse af brugernes arbejde lokalt

TIL OVERVEJELSE:

- Tilknytning af en kontaktperson fra klyngesekretariatet
- Inddragelse af bruger- og pårørenderepræsentanterne i produktionen af dagsordenen
- Overvej om det vil give værdi for bruger- og pårørenderepræsentanterne at deltage i formøder
- Løbende gensidig feedback med henblik på udvikling af samarbejdet. Hvad fungerer godt og hvad kan der justeres på?
- Eftersøg aktivt hvad bruger- og pårørenderepræsentanterne efterspørger i forhold til fx træning, sparring, baggrundsmateriale.

Godtgørelse/kompensationer på transport og understøttende materialer mv.

Bruger- og pårørenderepræsentanter er frivillige, og bruger deres fritid på opgaven.

Der ydes skattefri befordringsgodtgørelse i henhold til ligningslovens § 9B, stk. 5. Godtgørelsen ydes til møder i sundhedsklyngerne og de deraf afledte møder som formøder, arbejdsgrupper, netværk, kurser og lign.

Befordringsgodtgørelse

Ved deltagelse i møder ydes befordringsgodtgørelse/kilometerpenge for benyttelse af eget befordringsmiddel (bil/motorcykel mv.) efter den i medfør af ligningsloven årligt fastsatte laveste takst (p.t. 1,98 kr.), eller ved brug af offentlig transport.

Befordringsgodtgørelse er skattefri, Det bemærkes, at udbetaling af befordringsgodtgørelse under alle omstændigheder forudsætter, at repræsentanten har haft positive udgifter til befordring i forbindelse med sin deltagelse i det pågældende møde m.v. Medlemmet indestår herfor ved sin indsendelse og registrering af anmodning om godtgørelse.

Evaluering og opfølgning på modellen

Inddragelse af bruger- og pårørende repræsentanter er stadig et udviklingsområde område. Det er vigtigt, at vi hele tiden bliver klogere og drager nytte af indhøstede erfaringer. Derfor er det vigtigt, at der samles op med jævne mellemrum så der kan justeres både på modellerne og på metoderne.

Klyngestrukturen igangsættes 1. juli 2022 og det anbefales at der xxx igangsættes en evaluering af arbejdet med brugerinddragelse.

VIBIS har udgivet en miniguide om evaluering af organisatorisk brugerinddragelse¹ som kan danne inspiration for et evalueringskoncept.

Herefter evalueres der løbende, fx hver andet år.

Yderligere inspiration

Yderligere inspiration kan hentes:

- ["Guide til brugerrepræsentation i praksis" fra VIBIS](#)
- [Patientinddragelsesguiden](#)
- [Patientinddragelsesguiden: Brugerrepræsentanter i mødefora og materiale](#)
- [Pjece til Dig som skal være brugerrepræsentant i mødefora](#)
- [Pjece til jer der skal have brugerrepræsentanter med i mødefora:](#)
- [Evaluering af de første erfaringer med inddragelse af brugerrepræsentanter i mødefora på ledelsesgangen i Region Hovedstadens Psykiatri](#)
- [Til dig som skal være patient- og pårørenderepræsentant](#)
-

¹ <https://danskepatienter.dk/publikationer/evaluering-af-organisatorisk-brugerinddragelse-hvad-skal-du-vid>



Sundhedsaftalen

Region Hovedstaden,
kommunerne og almen praksis

Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

Telefon: 38 66 50 00
Mail: csu@regionh.dk
www.regionh.dk/sundhedsaftale



Værd at vide før indstilling af emner til nationale lærings- og kvalitetsteams

Indhold

Hvad er et LKT?	3
Kravene til indhold i et LKT	3
Baggrund og formål	3
Kriterier for udvælgelse af LKT	4
Metoder i LKT	5
Krav til brugbar dataunderstøttelse af LKT	6
Eksisterende data	6
Forskellige niveauer	6
Tidstro data	6
De kliniske kvalitetsdatabaser	7
Det tværsektorielle perspektiv	7
Drift og projektledelse	7
Udpegning af tværsektorielle parter	8

Hvad er et LKT?

Et LKT er et nationalt netværk, som arbejder med forbedringer indenfor et konkret område. Det enkelte LKT består af tværfaglige forbedringsteams fra de deltagende sektorer og en ekspertgruppe med faglig ekspertise indenfor det valgte område. Ekspertgruppen beskriver forbedringsindsatsen (projektbeskrivelsen), sætter mål for forbedringerne, fastsætter indikatorer samt anbefaler sammensætning af forbedringsteams. De tværfaglige forbedringsteams arbejder lokalt med faglige/kliniske og organisatoriske processer og arbejdsgange, der skal forbedres for at opfylde målene for det pågældende LKT. Ekspertgruppen og forbedringsteamene danner tilsammen det netværk, der udgør et LKT. Et LKT forløber over en periode på to år.

Af marts 2023 er status for nationale LKT'er således:

Afsluttede

- [LKT Specialiseret palliation](#) - regional og privat deltagelse
- [LKT Apopleksi](#) - regional deltagelse
- [LKT Antibiotika](#) - regional deltagelse
- [LKT Hoftenære lårbensbrud](#) - regional og kommunal deltagelse
- [LKT Børnediabetes](#) - regional deltagelse

Igangværende

- [LKT Akut Kirurgi](#) - regional deltagelse
- [LKT Tvang](#) - regional og kommunal deltagelse
- [LKT KOL](#) - regional, kommunal og deltagelse af almen praksis

I forberedelsesfase

- [LKT Sammenhængende hoftebrudsforløb](#) - regional og kommunal deltagelse

Kravene til indhold i et LKT

Baggrund og formål

I regionernes økonomiaftale for 2016 blev det aftalt, at der skal etableres et antal nationale lærings- og kvalitetsteams (LKT) på udvalgte områder. De nationale LKT udgør en af grundpillerne i det nationale kvalitetsprogram.

Formålet med et LKT er:

- løfte områder med utilfredsstillende kvalitet eller uønsket variation
- bidrage til opfyldelse af de nationale mål for sundhedsvæsenet
- skabe tværregionale – evt. tværsektorielle - læringsfællesskaber
- understøtte forbedring af lokale kliniske- og organisatoriske processer og arbejdsgange

Kriterier for udvælgelse af LKT

LKT'erne udvælges af Styregruppen for LKT ud fra beskrevne kriterier. Som udgangspunkt etableres 1-2 nye LKT om året på baggrund af en indstillingsproces.

Et LKT kan etableres med fokus på et defineret område, på en specifik diagnose, eller med udgangspunkt i en tværgående indsats, som vedrører pleje og behandling og/eller organiseringen af et forløb. Uanset valg af emne for et LKT er det en forudsætning, at forslaget har afsæt i et lokalt eller kendt internationalt succesfuldt projekt/indsats.

Et LKT kan arbejde med problemstillinger, som går på tværs af sektorer. Det væsentlige ved udvælgelse af et LKT er, at der med en indsats på det givne område kan opnås en forbedring af den kliniske og faglige kvalitet og af patienten/borgerens oplevelse af resultat og forløb. I vurderingen af indstillinger til kommende LKT er det en forudsætning, at der er faglig konsensus på området. Det vil være en styrke, hvis der også er et etableret samarbejde indenfor området.

Igennem den to-årige periode skal der i LKT'et være et målrettet fokus på tværgående læring, således at alle lærer af de bedste resultater for området. LKT'et skal desuden have fokus på og understøtte en efterfølgende implementering af resultaterne.

Det er et krav, at emner til kommende LKT opfylder følgende kriterier:

- Et klart og afgrænset genstandsfelt (hvad er det projektet undersøger/afprøver)
- Basere sig på evidens
- Faglig konsensus
- Indsatserne er relevante for en større patientgruppe/borgergruppe
- Klart definerede og velbeskrevne mål for projektet

- Afsæt i et lokalt/kendt succesfuld projekt/indsats

Metoder i LKT

De nationale LKT'er anvender primært Institute for Healthcare Improvements(IHI) tilgang til forbedringsarbejde; forbedringsmodellen. Der er udviklet et nationalt e-læringskursus om forbedringsmodellen (forbedringsmodellen.dk), ligesom det nationale ledelsesprogram også fokuserer på forbedringsmodellen som metodisk ramme.

Et LKT kan anvende forskellige tilgange til at forbedre kvaliteten. Der kan være fordele og ulemper ved valg af tilgang, og det er vigtigt at bruge den metode, man vurderer bedst, kan løse et aktuelt problem.

I forbedringsarbejdet arbejder man med 3 spørgsmål og en afprøvningsmotor. De 3 spørgsmål er:

- Hvad ønsker vi at opnå?
- Hvordan kan vi vide at en ændring er en forbedring?
- Hvilke ændringer kan vi foretage for at opnå forbedringer?

Når man har svaret på de 3 spørgsmål tester man forbedringsidéerne i lille skala gennem hypoteser, eksperimenter, iagttagelser og evalueringer for at kunne tilpasse en løsning til den kontekst, som den skal anvendes i.



For at kunne lykkes med kvalitetsforbedringerne er det essentielt, at ledelsen ønsker, følger og bakker op om arbejdet, både i det aktuelle forbedringsarbejde og i forhold til fastholdelse og spredning.

Før indstilling af et LKT er det vigtigt at overveje om metoderne i forbedringsmodellen egner sig til udførelsen af det indstillede projekt.

Krav til brugbar dataunderstøttelse af LKT

I et LKT opstilles få klare, ambitiøse og realistiske mål for arbejdet, og de valgte data skal kunne vise udviklingen, så effekten af forbedringsindsatsen kan følges løbende.

Eksisterende data

Der bør tages udgangspunkt i eksisterende data, da det er en grundpille i forbedringsarbejdet at kunne følge fremgangen. Implementering af nye registreringer kan erfaringsmæssigt være en lang og krævende proces, der udfordrer fokus fra målet med og i LKT'et.

Manglende data kan dertil risikere at demotivere de deltagende parter, og det kan være svært sidenhen at opretholde den ønskede tilslutning og opbakning til LKT-arbejdet.

Datagrundlaget skal således være på plads inden opstart af et LKT, men anliggender af mindre betydende karakter vil eventuelt kunne afklares i forberedelsesperioden.

Såfremt det er et område, hvor der er deltagelse af flere sektorer i LKT'et, skal der tages højde for dette ved valg af data. Ligeledes vil det være godt at have for øje at undersøge mulighederne for at inkludere et patientperspektiv. Eksempelvis ved brug af patientrapporterede outcome (PRO).

Forskellige niveauer

Data bruges på flere niveauer med forskelligt fokus for øje. Nationalt afrapporteres der halvårligt til Styregruppen for LKT, så data skal som minimum kunne opgøres meningsfuldt med denne kadence. Dertil kommer afrapporteringer på regionalt, og i visse tilfælde kommunalt regi, der håndteres forskelligt. Ekspertgruppen følger ligeledes løbende udviklingen i LKT'et.

Tidstro data

LKT-arbejdet er i sin essens et datadrevet forbedringsarbejde, hvorfor det er hensigtsmæssigt, hvis der kan vælges nationale data, der kan rapporteres og følges tidstro i det lokale forbedringsarbejde.

Det er en mulighed og ofte væsentligt at supplere de nationale data med lokalt genererede data (evt. audits eller "håndholdte data", hvilket er ikke-elektronisk registrerede data, som fx illustreres på tavler). De 'lokale data' har til hensigt at understøtte klinikkens mulighed for at agere ud fra

tidstro data, og dermed kunne lave større og mindre prøvehandlinger tilpasset behovene lokalt, bl.a. til brug for procesmål.

De kliniske kvalitetsdatabaser

Data fra de kliniske kvalitetsdatabaser er kendte datakilder og benyttes ofte i LKT-arbejdet, særligt i de LKT der har hospitalsvæsenet som omdrejningspunkt. I samarbejde mellem LKT-tovholdergruppen og Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) er der udarbejdet en beskrivelse af samarbejdet mellem LKT/ekspertgrupper og RKKP/kliniske kvalitetsdatabaser. Beskrivelsen findes på <https://kvalitetsteams.dk/>. De lokale ledelsesinformationssystemer opdateres i de fleste tilfælde dagligt med nye data fra de kliniske databaser. Tiden fra indtastning til at data kan ses i ledelsesinformationssystemet kan dog variere. Det afhænger af, hvordan data indsamles til databasen. Hvis data indtastes i databasen via elektroniske patientjournaler, Kvalitets Indrapporterings Platform eller anden software vil der kunne tage 24-48 timer fra indtastning til at resultatet er opdateret i de lokale ledelsesinformationssystemer. Data som kommer fra Landspatientregistret (LPR) vil være mere forsinkede, da LPR kun leverer data til kvalitetsdatabaserne på ugebasis. Desuden er der andre centrale registre (fx receptregisteret), som kun leverer data månedligt. I det enkelte LKT skal der derfor være opmærksomhed på, om der er behov for at supplere data fra kvalitetsdatabaserne med andre mere håndholdte data til det daglige forbedringsarbejde.

Det er vigtigt, at der vælges data, det er muligt fortsat at følge efter LKT'et er afsluttet.

Det tværsektorielle perspektiv

Drift og projektledelse

Det er regionerne, som er ansvarlige for at drive LKT'erne. Konkret vil én region påtage sig det overordnede driftsansvar for et givent LKT – eventuelt i samarbejde med en ekstern samarbejdspart som en repræsentant for kommunerne.

Der er flere LKT'er, som har et tværsektorielt fokus, og det er sandsynligt, at flere fremtidige LKT'er vil være tværsektorielle. For at alle parter i det tværsektorielle arbejde får bedst mulige betingelser for at lykkes med kvalitetsforbedringerne, vil det være relevant, at de deltagende parter allerede har opbygget forbedringsviden og et organisatorisk set up. Dette for at kunne understøtte forbedringsarbejdet, herunder metoder til fastholdelse og spredning af forbedringerne.

Den tværsektorielle relevans og legitimitet sikres ved, at alle parter deltager med eksperter i ekspertgruppen (bl.a. udarbejdelse af projektbeskrivelsen), og at tværsektorielle parter tager del i projektledelsen.

Udpegning af tværsektorielle parter

Udpegning af deltagerkommuner kan ske i samarbejde mellem den nationale projektledelse og KL. I nogle tilfælde vil problemstillingen for et LKT lægge op til, at man udpeger hospitaler og kommuner, som har et naturligt samarbejde omkring patientforløbet og i den situation kan beslutning om deltagelse af afdelinger og enheder i et tværsektorielt LKT træffes af den enkelte sundhedsklynge. Det er fortsat den enkelte region/sygehus og kommune, som understøtter de afdelinger, der deltager i et LKT.

Samarbejde med almen praksis bør aftales med Praktiserende Lægers Organisation (PLO), som også er repræsenteret i Styregruppen for LKT.