



Afdeling/ Forebyggelse
Følgegruppe:

Udarbejdet af: Amalie Bækgaard Kristiansen
og Iben Lykke Ernlund
Eggertsen

Dato: 18-08-2021

Referat

Møde: Følgegruppen for Forebyggelse
Tidspunkt: 18. august 2021 kl. 13:00-15:30
Sted: Konferencsal 3, Kokholm 3, Kolding.

Deltagere:	Jeanette Rokbøl, Sundhedschef, Middelfart Kommune (formand) Mathilde Schmidt Petersen, Sygeplejefaglig direktør, Odense Universitetshospital (formand) Marianne Toft Madsen, Oversygeplejerske, Børne- og Ungeafdelingen, Sygehus Lillebælt Lene Bruun, Leder af sundhedsstaben, Billund Kommune Helle Schultz, Psykiatri- og handicapchef, Sønderborg Kommune Pernille Kjær, Chefterapeut, Ergo- og fysioterapi, Sygehus Sønderjylland Rikke Sveistrup, Oversygeplejerske, Psykiatrisk Afdeling, Odense Universitetshospital Hanne Josefsen, Sundhedschef, Varde Kommune Anne Højmark Jensen, Sundhedschef, Svendborg Kommune Iben Lykke Ernlund Eggertsen, Sundhedsplanlægger, Middelfart Kommune (referent) Amalie Bækgaard Kristiansen, Konsulent, Tværsektorielt Samarbejde, Region Syddanmark (referent)
Afbud:	Jette Kynde Schiøtz, Ledende oversygeplejerske, FAM, Sydvestjysk Sygehus Michael Rospilloso Christensen, PLO repræsentant Oplæg: Hanne Søndergaard, faglig leder, DEFACTUM, Region Midtjylland.
Gæster:	Lisa Albæk Pedersen, Specialkonsulent, Tværsektorielt samarbejde Ann-Dorthe Olsen Zwisler, professor, overlæge, OUH – REHPA, HjerteFyn Jesper Eilsø, afdelingsleder, Svendborg Sundhedscenter, HjerteFyn Bente Faurby Pedersen, udviklingssygeplejerske, OUH, HjerteFyn Mia Mandau, Strategisk konsulent, Fælleskommunalt Sundhedssekretariat Henriette Bondo Andersen, konsulent, Tværsektorielt samarbejde
Mødeleder:	Jeanette Rokbøl, Sundhedschef, Middelfart Kommune (formand)

Overblik over punkter og bilag

1) Velkomst og seneste nyt fra møde i Det Administrative Kontaktforum d. 27. maj og Sundhedskoordinationsudvalget d. 23. juni kl. 13.00 - 13.10

2) Temadrøftelse om hjerterehabiliteringsområdet kl. 13.10 - 14.30

Bilag:

- 1) *Tværasektorielt forløbsprogram for mennesker med hjertesygdom*
- 2) *Uddybning af udfordringer fra HjerteFyn*
- 3) *Artikel om se-adgang til EPJ*
- 4a) *Sagsfremstilling til SOF vedr. status på forløbsprogrammer*
- 4b) *Skema vedr. status på forløbsprogram hjertesygdom*
- 4c) *Skema vedr. status på forløbsprogram diabetes*
- 4d) *Skema vedr. status på forløbsprogram KOL*
- 5) *Kommissorium vedr. arbejdsgruppen*

3) Pause

4) ABC for mental sundhed 14.35 - 14.55

5) Monitorering af forløbsprogrammer for KOL og diabetes. kl. 14.55 - 15.15

Bilag:

- 6) *Skema vedr. status på samarbejdsaftaler*

6) Skriftlige orienteringer kl. 15.15 - 15.20

Bilag:

- 7) *Landkort med endelige svarprocenter fordelt på regioner*
- 8) *Notat om baggrund for ændringer i måltal*

7) Punkter til kommende møder kl. 15.20 – 15.25

8) Eventuelt 15.25 – 15.30



1) Velkomst og seneste nyt fra møde i Det Administrative Kontaktforum d. 27. maj og Sundhedskoordinationsudvalget d. 23. juni kl. 13.00 - 13.10

Formandsskabet præsenterer nyt, samt beslutningerne på baggrund af følgegruppens punkter på det seneste møde i Det Administrative Kontaktforum den 27. maj og Sundhedskoordinationsudvalget d. 23. juni 2021.

Indstilling:

Det indstilles at, Følgegruppen for Forebyggelse:

- Tager orienteringen til efterretning

Referat:

Følgegruppen havde følgende punkter på DAK d. 27. maj:

- *Opstart af rygforløbsprogrammet.* Processen for opstart af forløbsprogrammet blev godkendt og der blev under punktet påpeget, at det skal sikres, at *Model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse*, der nu også omfatter nye opgaver, bliver anvendt i arbejdet.
- *Orientering og drøftelse af den ny fødeplan.* På mødet i DAK blev der givet stor ros til arbejdet.

Øvrige punkter fra DAK, som er relevante for følgegruppen:

- Følgegruppen har leveret indholdet til punktet om *Midtvejsstatus for Sundhedsaftalen 2019-2023 til Sundhedsstyrelsen*, og punktet blev godkendt og blev derefter sendt til godkendelse hos Sundhedskoordinationsudvalget, hvor det også blev godkendt.
- Resultaterne fra Region Syddanmarks rapport, "Mental trivsel for børn og unge i Region Syddanmark", som er udarbejdet af Statens Institut for Folkesundhed (SIF), blev præsenteret. Derefter var der en drøftelse af, hvordan det tværsektorielle samarbejde om mental sundhed for børn og unge i regi af ABC for mental sundhed skal finde sted og hvor det skal starte. Herunder blev der bl.a. besluttet at kommuner og region skal samarbejde omkring dette. De øvrige beslutninger som bl.a. vedrører Følgegruppen blev drøftet under punkt 4 om *ABC for mental sundhed* senere på mødet.

2) Temadrøftelse om hjerterehabiliteringsområdet kl. 13.10 - 14.30

I 2019 blev *Tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med hjertesygdom – samarbejde og kommunikation* (bilag 1) godkendt af Sundhedskoordinationsudvalget, og implementeringen blev igangsat i foråret samme år. Det har medført, at en del af den samlede rehabiliteringsindsats per 1. januar 2020 varetages af kommunerne. Pga. nedlukning og restriktioner, som følge af COVID-19, har det bl.a. været vanskeligt at lave patientskoler og holdtræning i hjerterehabiliteringen, og udfordringen ifm. med restriktionerne er blevet løftet forskelligt kommunerne imellem.

I forbindelse med kommunernes overtagelse af opgaver inden for hjerterehabilitering, medfulgte også en registreringsforpligtelse vedr. rapportering af rehabiliteringsdata til Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). I den forbindelse blev der i september 2019 i Det Administrative Kontaktforum besluttet, at Region Syddanmark skulle etablere en særskilt database, HjerterSyd, og kommunerne vil efter oprettelse stå for udgifter til vedligehold og drift. HjerterSyd-databasen vil levere de lovpligtige data til RKKP. I juni 2021 er alle hovedaftaler og databehandler til HjerterSyd underskrevet.

På dagens møde vil der være en større temadrøftelse, som er delt op i flere underpunkter, der alle indeholder elementer og udfordringer, der påkræver Følgegruppens bevågenhed. Der må påregnes overlap:

- Oplæg af HjerterFyn vedr. implementering af forløbsprogrammet og de udfordringer der er stødt på.
- Status på implementering af HjerterSyd og afrapportering
- Drøftelse af organisering af HjerterSyd og fælles tværsektoriel audit i november 2021

2.1 Forløbsprogrammet – herunder erfaring og status på implementering.

I foråret 2021 modtog Følgegruppen for Forebyggelse en henvendelse på vegne af SOF-OUH formandsskabet og implementeringsgruppen HjerterFyn. HjerterFyn ønsker at fremlægge udfordringer og anbefalinger i forhold til implementeringsarbejdet med Tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med hjertesygdom.

Der ønskes, at udfordringerne løftes op til drøftelse i Følgegruppen for Forebyggelse. Anbefalingerne har alle fokus på at sikre ensartet og høj kvalitet i indsatserne på tværs i regionen. Udfordringer er uddybet i bilag 2.

1. HjerterFyn foreslår en administrativ tilpasning af kriterier for specialiseret genoptræning, så der sikres overensstemmelse i forhold til de nationale kriterier på området. Den ønskelige målsætning er uændret 80 % almene og 20 % specialiserede genoptræningsplaner.
2. HjerterFyn foreslår afklaring af begrebet ernæringsindsats og tilhørende definitioner på regionalt niveau, samt beskrivelse af behovet for ernæringsindsatser til specifikke målgrupper inden for forløbsprogrammet herunder borgere med familiær hyperkolesterolemie, så der sikres ensartet og høj kvalitet i indsatserne på tværs af kommuner. Der kan med fordel nedsættes en regional arbejdsgruppe til at arbejde med dette.
3. HjerterFyn foreslår etablering af en fælles, sikker tværsektoriel digital platform. Det kan fx være i stil med en cloudbaseret løsning, hvor parter fra begge sektorer kan tilgå relevante dokumenter.
4. HjerterFyn foreslår, at det undersøges om kommunerne kan få se-adgang til sygehusenes EPJ på samme måde, som kommunerne har i Region Hovedstaden (bilag 3).
5. HjerterFyn foreslår, at de kvalitetsløft der følger med et forløbsprogram, bliver beskrevet tydeligt, så man i de politiske drøftelser af forløbsprogrammer har øje for de ressourcemæssige konsekvenser.

De to formænd for HjerterFyn, professor og overlæge på OUH, Ann-Dorthe Olsen Zwiler og afdelingsleder af Sundhedshuset Svendborg, Jesper Eilsø, vil sammen præsentere forløbsprogrammet, og erfaringer fra implementeringen af det i SOF-OUH samt udfordringerne, som er opstået undervejs.

På baggrund af ovenstående oplæg samt beslutning i Det Administrative Kontaktforum den 27. maj skal der indhentes en status på implementering af forløbsprogrammet via SOF'erne, hvor der både er fokus på regionale og kommunale implementeringserfaringer, muligt læringspotentiale samt eventuelle behov for justeringer i forløbsprogrammet. Der er vedhæftet en indstilling til SOF'erne, samt et skema, som kan anvendes til at give status implementeringen af såvel forløbsprogram for mennesker med hjertesygdom,

mennesker med KOL og mennesker med diabetes – se i øvrigt punkt 5 og bilag 4a-4d. Der kan samles op på statussen på Følgegruppens møde i september, med henblik på status til DAK d. 3. november 2021.

Indstilling:

Det indstilles, at Følgegruppen for Forebyggelse:

- Drøfter udfordringerne og anbefalingerne præsenteret af HjerterFyn, samt den videre håndtering af implementeringen af forløbsprogrammet i Syddanmark.
- Drøfter hvorvidt der skal laves en administrativ redigering af Forløbsprogrammet for mennesker med hjertesygdom, eller om der er brug for en større revidering.
- Kommer med input til indholdet i en status på forløbsprogrammet, som indhentes hos SOF'erne.

2.2 Status på implementering af HjerterSyd

HjerterSyd databasen blev udviklet, og har været klar til indrapportering fra kommunerne primo 2020, men af forskellige årsager, har processen vedr. de juridiske aftaler taget næsten et år. Alle kontrakter er per juni 2021 underskrevet af alle kommuner og region, og hermed har alle kommunerne mulighed for at indrapportere data fra hjerterehabiliteringen ind i HjerterSyd. Der er i starten af juli 2021 16 kommuner, som er gået i gang med at rapportere ind til databasen.

Data fra HjerterSyd skal overføres til den nationale database *Dansk HjerterehabileringsDatabase* (DHRD) men det er endnu ikke lykket RKKP at skabe det tekniske setup, der gør det muligt at overføre data fra HjerterSyd til DHRD. RKKP og en national styregruppe udgiver årligt, på baggrund af data fra databaserne, en årsrapport. Den seneste årsrapport for hjerterehabilitering for 2019 ([Link til årsrapport](#)) var den første med kommunale data. Dataindsamlingen var før oprettelsen af HjerterSyd og årsrapporten indeholder derfor kun kommunale data for midtjyske og tre sjællandske kommuner. Indsamling af data til næste årsrapport blev afsluttet den 30. juni 2021.

Nedenfor er en oversigt over antallet af kommuner, som anvender HjerterSyd databasen, samt hvor mange patienter der er færdigregistreret og klar til DHRD og hvor mange der er påbegyndt registrering. Det skal bemærkes, at indrapportering til databasen ikke giver udtryk for, hvor mange borgere der er i gang med et rehabiliteringsforløb.

Kommune	Patienter klar til DHRD	Antal patienter registreret
Billund	14	27
Esbjerg	25	110
Fredericia	0	10
Haderslev	0	14
Kerteminde	16	24
Kolding	7	18
Middelfart	3	14
Nordfyn	2	10
Odense	0	1
Svendborg	1	3
Sønderborg	29	31
Varde	2	36
Vejle	12	17
Vejle	13	16
Ærø	0	1
Aabenraa	10	18

*Data fra HjerterSyd pr. 2. august 2021. Udtræk er lavet af Databaseenheden i Region Syddanmark.

Specialkonsulent, Lisa Albæk Pedersen, Tværsektorielt Samarbejde deltager under punktet.

Indstilling:

Det indstilles, at Følgegruppen for Forebyggelse

- Tager orienteringen til efterretning

2.3 Erfaringer med kvalitetsdata på hjerterehabiliteringsområdet i Region Midtjylland – punktet udgik pga. sygdom

Da det syddanske forløbsprogram for mennesker med hjertesygdom blev godkendt i 2019, og kommunerne overtog registreringspligten, blev der indhentet erfaringer fra Region Midt, der anvender HjerteKomMidt (tilsvarende HjerteSyd). I forbindelse med etableringen af HjerteSyd foreslår HjerteFyn, at der udvikles og implementeres en fælles ud-dataskabelon (fx dashboard), som giver den enkelte kommune mulighed for at få løbende og tidstro rapporter af egne data fra HjerteSyd, som er behandlet ud fra en fælles ud-data skabelon. Det foreslås endvidere, at Region Syddanmark arbejder med datadrevet læring på tværs af sygehuse og kommuner, så det sikres, at der leveres hjerterehabilitering af høj og ensartet kvalitet på tværs af sygehuse og kommuner og på tværs af SOF-områderne. Det er uddybet i bilag 2.

Siden d. 1. januar 2017 har alle midtjyske kommuner rapporteret til HjerteKomMidt og der er årligt lavet afrapporteringer på baggrund af HjerteKomMidt data. Region Midt har således en del erfaring med kvalitetsdata i kommunerne og samarbejde omkring kommunal indrapportering til HjerteKomMidt og der vil derfor kunne drages en del erfaringer fra Region Midtjylland.

På mødet fremlægges erfaringer fra Region Midtjylland ift. organisering af arbejdet, hvordan kommunerne kan anvende data internt, samt få feedback og understøtning i god datakvalitet. Derudover præsenteres de kvalitetsudviklingstiltag, som det har ført med sig og de fremadrettede perspektiver efter, at data kan videregives til RKKP.

Oplægget holdes af faglig leder i Defactum, Hanne Søndergaard, Region Midtjylland.

Indstilling:

Det indstilles at Følgegruppen for Forebyggelse

- Drøfter HjerteFyns forslag om en fælles ud-data skabelon for kvalitetsdata fra HjerteSyd

2.4 Organisering af HjerteSyd

I februar 2021 godkendte Følgegruppen for forebyggelse et kommissorium vedr. en arbejdsgruppe som skulle håndtere support og drift ift. HjerteSyd (bilag 5). Kommissoriet indeholder også en leverance, hvor arbejdsgruppen på sigt skal arbejde med kvalitetsudvikling på baggrund af data. I forbindelse med udpegning af medlemmer til arbejdsgruppen, har indmeldte repræsentanter haft ønske om fokus på opgaven med kvalitetsudvikling, da der er en stor interesse for at arbejde med tværsektoriel kvalitetsudvikling af hjerterehabiliteringsområdet. Arbejdsgruppen har endnu ikke været igangsat, da der ønskes et andet formål med organisering og derfor fortsatte udpegningerne ikke. Derudover forventes det, at der i forbindelse med fortsat implementering af HjerteSyd og drift af denne vil være behov for at håndtere de kommunale henvendelser vedr. support ift. HjerteSyd, som dog indtil nu har været begrænset. Derudover kan der være behov for tværsektoriel support omkring indrapportering af kommunale data til RKKP. Der må forventes kontinuerlig behov for support, når systemet er i drift.

Det skal drøftes om, den store interesse for kvalitetsudvikling på tværs, skal understøttes enten i form af en ny tværsektoriel arbejdsgruppe, eller en revidering af arbejdsgruppen vedr. support, således at den primære leverance bliver kvalitetsudvikling, og at sammensætningen af repræsentanter tilpasses til opgaven. Den nationale styregruppe for DRHD arbejder også med kvalitetsudvikling af hjerterehabiliteringsområdet.

Det anbefales, at følgegruppen overvejer om den kommunale support vedr. HjerteSyd kan håndteres i en anden form end tidligere planlagt eksempelvis via en tværkommunal platform eller netværk for superbrugere.

Indstilling:

Det indstilles at Følgegruppen for Forebyggelse

- Drøfter organisering af HjerteSyd.

2.5 Tværsektoriel audit.

På mødet i Det Administrative Kontaktforum den 27. maj orienterede Kurt Espersen under eventuelt om, at den seneste udgivne årsrapport fra RKKP vedr. hjerterehabilitering viste, at der gennem de sidste år er sket en generel nedgang i indikatoropfyldelsen, og de forringede kvalitetsresultater ses både i forhold til indsatsen på sygehusene, i kommunerne og ved de praktiserende læger. De udfordringer, som årsrapporten peger på, er generelle og går på tværs af regionerne, og de kommuner, der har indleveret data til årsrapporten.

Region Syddanmark har på baggrund af ovenstående været i dialog med formanden for styregruppen for DHRD, Kristian Korsgaard Thomsen, som anbefalede afholdelse af en tværsektoriel audit.

Formålet med auditten er videndeling og læring med henblik på styrkelse af hjerterehabiliteringsindsatsen, indikatorerne og det tværsektorielle samarbejde. Gennem drøftelse af de eksisterende udfordringer og de fælles problemstillinger, vil man i fællesskab bedre kunne takle og imødegå udfordringer i egen sektor og i sektorovergange.

Det er nyt og ukendt at afholde tværsektorielle audits, og derfor er formen og indholdet af auditten noget der skal udvikles og planlægges tværsektorielt. Formanden for Styregruppen for DHRD – Kristian Korsgaard Thomsen, overlæge på Sydvestjysk Sygehus – har tilbudt i samarbejde med Jeanette Ryan Elbek, Leder af Center for Sundhedsfremme i Varde Kommune og kommunal repræsentant i DRHD styregruppen at stå for tilrettelæggelse og afviklingen af en tværsektoriel syddansk audit. Ligeledes vil RKKP blive inddraget i arbejdet.

I planlægningen af auditten skal det besluttet hvad fokus for en tværsektoriel audit for Syddanmark skal omhandle og hvilke data den skal baseres på. DRHD afholder årligt en audit på årsrapporten, hvorfor den syddanske audit med fordel kan have et andet fokus end alene indhold af årsrapporten, herunder f.eks. evaluering af arbejdet med den tværsektorielle implementering af forløbsprogrammet for hjerterehabilitering. Årsrapporten for 2020 indeholder ikke data fra de syddanske kommuner, hvorfor der bør tænkes i alternativer for at få belyst situationen tilfredsstillende.

Auditten kan suppleres med data fra årsrapporten for 2020 (dækker perioden 1. juni 2020 til 31. maj 2021) og arbejdsgruppen må herunder undersøge hvad der er af muligheder for et fyldestgørende tværsektorielt datagrundlag til læring for samarbejde i Syddanmark.

Indstilling:

Det indstilles at Følgegruppen for Forebyggelse:

- Godkender at der afholdes en tværsektoriel audit vedr. hjerterehabiliteringsområdet,
- Drøfter processen og planlægningen af en tværsektoriel audit
- Drøfter hvad fokus for en tværsektoriel syddansk audit skal være



Bilag:

- 1) Tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med hjertesygdom
- 2) Uddybning af udfordringer fra HjerterFyn
- 3) Artikel om se-adgang til EPJ
- 4a) Sagsfremstilling til SOF vedr. status på forløbsprogrammer
- 4b) Skema vedr. status på forløbsprogram hjertesygdom
- 4c) Skema vedr. status på forløbsprogram diabetes
- 4d) Skema vedr. status på forløbsprogram KOL
- 5) Kommissorium vedr. arbejdsgruppen

Samlet referat for hele hjertepunktet:

Drøftelse:

Jesper Eilsø og Ann-Dorthe Zwisler indledte med et oplæg. Overordnet forventes en stigning i antal borgere med hjertesygdom, hvorfor der også må forventes stigende udgifter til området. Forebyggelse og rehabilitering har potentiale til at bidrage til løsningen, og der er høj evidens for både primær og sekundær forebyggelse.

HjerterFyn påpegede, at implementering af forløbsprogrammet på hjerteområdet har krævet forståelse af, at der er forskellige perspektiver på de faglige retningslinjer og organisatoriske opgaver. Dialogen i HjerterFyn har været konstruktiv, og har vist, at det tager tid at skabe forståelse for hinandens bevægegrunde.

Alignment i kriterier: Implementeringen af forløbsprogrammet bliver vanskeliggjort af, at der ikke er alignment mellem kriterier i *Den danske nationale kliniske retningslinje og Forløbsprogram for mennesker med hjertesygdom* i forhold til essentielle kriterier, bl.a. henvisningskriterier til specialiseret/almen genoptræning. Dette har vist til at besværliggøre målsætningen om, at 80% af borgere genoptrænes i kommunalt regi, og 20% skal modtage tilbud om specialiseret genoptræning. Det er vigtigt at stratificere borgerne/patienterne rigtigt, så træningsrisikoen kendes, og den rigtige træning tilbydes. Juridisk er det en udfordring for lægerne på sygehuset, at der ikke er overensstemmelse mellem kriterierne i forløbsprogrammet og de kliniske retningslinjer, og der peges særligt på formuleringen omkring EF < 50. Den problemstilling skal løftes op fagligt det rigtige sted. Der er desuden brug for at få afdækket pengeflowet, hvis vi følger enten nationale retningslinjer eller forløbsprogrammet.

Kompetenceudvikling og kvalitetssikring: HjerterFyn har arbejdet med kompetenceudvikling på tværs af sektorer, bl.a. i forhold til kvalitetssikring af de data, der indtastes i HjerterSyd. I forbindelse med dette, er der opmærksomhed på, at de fremsendte kriterier over sygdomme, der skal indtastes, kan tolkes forskelligt, hvilket kommer til at påvirke datakvaliteten u hensigtsmæssigt. Derudover har HjerterFyn arbejdet med konkret kompetenceløft af terapeuter, der arbejder med hjerteområdet, og har god erfaring med gensidige besøg. Deciderede kurser findes kun i regi af Danske Fysioterapeuter, hvilket ikke vurderes bæredygtigt i forhold til sikring af efficiente kompetencer fremadrettet.

HjerterFyn har i samarbejde med Region Midtjylland kigget på validering af Watt Max testen til målgruppen. Dette arbejde kan blive relevant at udbrede til hele Region Syddanmark, når samarbejdsaftale og protokol for anvendelse af testen har er godkendt juridisk på OUH. Følgegruppen orienteres, når dette er tilendebragt, med henblik på udbredelse til de øvrige SOF'er.

Ernæringsindsats: I forhold til ernæringsindsatsen for målgruppen, blev denne indsats allerede drøftet under tilblivelsen af forløbsprogrammet. Ernæringsindsatsen er en §119, hvilket giver mulighed for forskellige tilbud på tværs af kommuner, og dermed ikke ensartethed i tilbuddene for borgerne. De kommunale deltagere pointerede på mødet, at kommunerne hverken kan eller skal læne sig op ad sygehusenes diætisttilbud, da kommunerne ikke er forpligtet til at tilbyde diætbehandling. På mødet pågik en drøftelse i forhold til det dilemma, der opstår mellem faglige anbefalinger, evidens, tilbud og medfølgende økonomi. Konkret ligger diætistbehandlingen på sygehuset, og en underliggende forventning om, at kommunerne overtager opgaven, bør igennem modellen for planlagt opgaveoverdragelse, hvor økonomien også drøftes.

Digital platform: Der ønskes en digital platform for samarbejdsdokumenter, instrukser mv. Derudover er der et ønske om se-adgang til EPJ fra kommuner. Der er gode erfaringer med dette andre steder, da der findes relevante data i sygehusenes PRO systemer, der med fordel kan deles med kommunerne. Følgegruppens medlemmer vurderede, at det sidstnævnte ikke er en opgave, der ligger i følgegruppen.

HjerteSyd: Alle kommuner er kommet med og klar til at indrapportere og 16 er gået i gang. Der arbejdes på at RKKP kan modtage data fra HjerteSyd. Der kommer ikke mange henvendelser med udfordringer – det er brugervenligt og let at komme i gang med. Opmærksomhed på, hvilke borgere der skal registreres, da der er forskel blandt kommunerne ift. hvilke borgere, der registreres. Forskel i registreringspraksis vil ikke kunne ses i databasen. Registreringspraksis bør også kigges på i forbindelse med audit for at opnå en vurdering af, hvor der skal justeres. RKKP har meddelt, at de accepterer en indkøringsperiode på et par år, hvorefter registreringsforskelle forventes at være udlignet. Registreringskriterierne skal fremsendes igen, og der er et ønske om ½ times webinar ift. tolkning af kriterierne, og hvilke borgere, der skal indtastes i databasen. Der er et ønske om, at den tidligere nævnte digitale platform kan indeholde dette dokument, samt alle andre dokumenter, som er relevant for tværsektorielt samarbejde.

Uddata: der er gode erfaringer med at dele aggregerede data på SOF møder. Data på individniveau kan ikke på tilsvarende måde deles, da GDPR ikke tillader dette, og udfordringen med at dele og lære af data på individniveau kan ikke løftes af følgegruppen.

Følgegruppen ønsker tværsektorielle aggregerede data to gange om året, evt. i samarbejde med RKKP. På mødet drøftedes udfordringen med for mange historiske data, og at der er et ønske om at kunne følge tidstro data tættere i dagligdagen, da det vil højne kvaliteten. Lisa Albek undersøger mulighederne.

Organisering af HjerteSyd: I februar drøftede følgegruppen kommissorium til arbejdsgruppen vedr. drift af HjerteSyd. Der er behov for såvel support til kommunerne, samt fokus på kvalitetsudvikling. Følgegruppen drøftede, at arbejdsgruppen skal kunne håndtere begge dele. Sammensætningen af deltagere er derfor væsentlig. Det tilstræbes at nedsætte en arbejdsgruppe bestående af medlemmer fra de tidligere arbejdsgrupper, som har kendskab til forløbsprogrammet og HjerteSyd, suppleret med nye deltagere. På mødet nævntes, at der i den gamle gruppe vedr. HjerteSyd var repræsentation fra Billund, Vejle, Tønder og Svendborg og Varde kommune.

Vedr. audit: Den tværsektorielle audit skal ses om led i implementeringen af forløbsprogrammet ift. læring og forbedringer. Det er nyt at lave en audit, der er tværsektoriel og derfor skal alle være trygge i forløbet. Kristian Korsgaard, kardiolog ved SVS og Jeanette Elbek, leder af sundhedscenteret i Varde, tilbød at stå for planlægningen af arbejdet.

Beslutning

Revidering af Forløbsprogram for mennesker med hjertesygdom: På baggrund af dagens drøftelser samt henvendelse fra SVS, tegner der sig et billede af, at der er visse udfordringer med forløbsprogrammet. Disse udfordringer medfører et behov for, at forløbsprogrammet bliver genbesøgt på visse områder – med respekt for de drøftelser, den oprindelige arbejdsgruppe havde ang. emnerne, samt respekt for, at implementeringen stadig er i gang. Det vil således ikke være alle punkter at forløbsprogrammet, der revideres, men kun udvalgte dele. På baggrund heraf igangsættes et arbejde med at revidere forløbsprogrammet for bl.a. at håndtere implementeringsudfordringerne i de lokale samordningsfora. Der nedsættes en arbejdsgruppe med repræsentanter fra både almen praksis, region og kommuner, herunder medlemmer som oprindeligt var med til at udarbejde forløbsprogrammet, samt nye relevante repræsentanter. Implementeringen af forløbsprogrammet kan fortsætte, men udfordringerne i forløbsprogrammet skal varetages og drøftes. Følgegruppen for forebyggelse forventer at se første udkast til et revideret forløbsprogram på området i marts 2022.

Vedr. organisering af HjerteSyd: I forhold til organisering af HjerteSyd, besluttede Følgegruppen, at det udarbejdede kommissorium skal tilrettes, så der primært er fokus på kvalitet og udvikling af HjerteSyd.

Support delen skrives ikke ud af organiseringen, men fylder i første omgang mindre, da der vil være fokus på bl.a. registreringskriterier og korrekt dataregistrering.

Arbejdsgruppen, der skal varetage revidering af forløbsprogrammet skal også sikre fokus på kvalitet og udvikling af HjerteSyd, og der udpeges derfor repræsentanter med indgående kendskab til begge områder, og som forventes at have kendskab til de tidligere drøftelser samt kompetencer på området. Hvis det vurderes relevant vil arbejdsgruppen kunne organiseres i to underarbejdsgrupper med hvert sit primære fokus hhv. revidering af forløbsprogrammet og kvalitetsudvikling.

Vedr. audit: Følgegruppen for forebyggelse besluttede, at der blandt de udpegede medlemmer af arbejdsgruppen udpeges medlemmer til at håndtere planlægningen af en fælles tværsektoriel audit, da der her er et signifikant overlap til med fælles kvalitetsudvikling på området. Auditten skal bl.a. bidrage til, at sikre et højt læringspotentiale og ensartet registrering på tværs af sektorer bl.a. med fokus på tydelige kriterier for registrering i HjerteSyd.

Vedr. ernæringsindsatsen: Følgegruppens medlemmer konkluderede, at diætbehandling varetages på sygehuset og ernæringsindsats og vejledning varetages i kommunerne.

Følgegruppen for forebyggelse følger arbejdet med revideringen af hjerteforløbsprogrammet, kvalitetsudviklingen og den tværsektorielle audit, og orienteres løbende om fremdriften og resultaterne. Det forventes, at Følgegruppen forelægges et udkast til et revideret forløbsprogram i marts 2022. Derudover vil det blive undersøgt om Følgegruppen for forebyggelse kan få forelagt data fra HjerteSyd halvårligt.

3) Pause



4) **ABC for mental sundhed 14.35 - 14.55**

Implementering af partnerskabsprojektet ABC for mental sundhed er en del af Følgegruppen for Forebyggelses indsatsområder i indeværende sundhedsaftaleperiode. I forbindelse med arbejdet med indsatsen, såvel som andre forebyggende indsatser er det afgørende, at fokusere på sundhedsfremme og forebyggelse på alle niveauer og på tværs af sektorgrænser, hvis borgere i Syddanmark skal leve et sundt, godt og langt liv. Alle parter samarbejder derfor om at forebygge og opspore sygdom for at undgå, at sygdom udvikles eller forværres.

ABC for mental sundhed indgik på møde i Det Administrative Kontaktforum d. 27/5 2021 i drøftelsen af Region Syddanmarks rapport "Mental sundhed blandt børn og unge i Region Syddanmark". Det Administrative Kontaktforum drøftede, hvordan det tværsektorielle samarbejde om mental sundhed for børn og unge i regi af ABC for mental sundhed skal finde sted og hvor det skal starte.

Det Administrative Kontaktforum besluttede, at:

- der er behov for, at kommuner og region arbejder sammen på tværs i forhold til at fremme børn og unges mentale trivsel.
- der skal i samarbejdet tages udgangspunkt i evidensbaserede tiltag og samarbejds måder.
- vi starter samarbejdet med fokus på ungdomsuddannelserne med fokus på gode overgange mellem grundskole og ungdomsuddannelser.
- følgegruppen skal komme med input til, hvordan vi kan samarbejde tværsektorielt om ABC for mental sundhed og kan i det arbejde med fordel *skabe et overblik over, hvad det er for tiltag, der er i gang i kommuner og region allerede.*
- for at skabe mere nærhed opfordres der til, at de lokale samordningsfora drøfter, hvordan vi skaber mest sundhed og sammen kan fremme mental trivsel.

ABC i kommunerne

19 syddanske kommuner har tilmeldt sig partnerskabet ABC for mental sundhed, og er ved at opbygge lokal organisering med ABC koordinator. Arbejdet på tværs af kommunerne bærer præg af, at nogle kommuner har været i gang længe, mens andre først er ved at komme i gang, og f.eks. er ved at afdække og beskrive de lokale forhold og tiltag, der er i gang. Center for forebyggelse i praksis (KL) understøtter, som en del af det nationale partnerskab, kommunernes arbejde med ABC og tilbyder workshops, vejledning samt kommunale ABC-temadag flere gange årligt.

I kommunerne er der typisk et bredt fokus på mental sundhed i aldersgrupper, og det væsentlige er at få udbredt mindsettet om, hvad ABC er, samt hvordan ABC omsættes til praksis for forskellige målgrupper; der er altså brug for "en oversættelse". Der er erfaring med at bruge ABC for mental sundhed som den gennemgående sprog- og referenceramme, og på den måde understøtte koblingen mellem de forskellige indsatser samt sikre intern forankring på tværs af faggrupper og dermed målgrupper. Det nationale partnerskab har lige langeret et inspirations katalog hvor alle partnere i det nationale partnerskab kan dele deres erfaringer ABC indsatser for forskellige målgrupper på sundeborgere.dk. Der afholdes desuden 2 årlige netværksmøder, hvor erfaringer fra arbejdet med ABC deles og ABC materialer og kampagner introduceres.

ABC på ungdomsuddannelser

Regionsrådet besluttede i december 2020, at der skal udvikles et regionalt projekt vedr. ABC for mental sundhed på ungdomsuddannelserne med inspiration fra projektet Røgfri Ungdomsuddannelse. Med projektet er det Region Syddanmarks vision, at alle ungdomsuddannelser sætter mental sundhed øverst på dagsordenen og tager medejerskab for at bryde den negative tendens med stigning i andelen af unge med dårlig mental trivsel. Derfor tilbydes alle ungdomsuddannelser og alle kommuner i regi af ABC samarbejdet at indgå i et samarbejde om en fremtid med unge i trivsel, hvor formålet er at fremme den mentale sundhed for unge i Syddanmark gennem styrkelse af viden, handling og gode rammer. Samarbejdet faciliteres af Tværsektorielt Samarbejde, og udbredes gennem det lokale, syddanske netværk.



For at visionen skal lykkes er der brug for et tæt tværfagligt og tværsektorielt samarbejde med målgruppen, samarbejdspartnere og relevante aktører, hvilket er en grundsten i projektet, hvor særligt netværk, sparring og vidensdeling om ABC på ungdomsuddannelser får stor betydning.

I overgangen finder vi fællesmængden

I rapporten "Mental Sundhed blandt børn og unge i Region Syddanmark" anbefaler eksperter, at styrkelse af det tværsektorielle samarbejde er afgørende for at bryde den negative udvikling i flere borgere med dårlig mental trivsel. Her nævnes særligt overgange i børn og unges liv at have en afgørende betydning. Anvendelse af ABC for mental sundhed som den gennemgående sprog- og referenceramme på tværs af sektorer kan netop være med til at understøtte det tværsektorielle samarbejde omkring mental sundhed. Sammenhæng og genkendelighed i sprog og indsatser mellem sektorer vil skabe tryghed for borgeren.

Nedenfor beskrives to indsatser, der arbejder med overgange:

- 1) I Vejle Kommune er der erfaring inden for arbejdet på de videregående uddannelser, hvor en intern undersøgelse viste, at de studerende ofte igennem deres uddannelsesforløb følte sig "nye"; når de starter på uddannelsen, når de starter i praktik, når de vender tilbage til uddannelsen, når de starter ny praktik igen. Her arbejdes der på tværs af uddannelsesinstitution og praktiksteder nu med begrebet "den gode velkomst", hvor der er fokus på at facilitere fællesskaber og byde velkommen. Praktikstederne har fået øjnene op for, at en god velkomst og fællesskaber kan være vejen frem i en tid, hvor rekruttering og fastholdelse af nye medarbejdere flere steder er en udfordring.
- 2) En undersøgelse fra Danske Patienter har vist, at næsten 2/3 borgere med langvarig sygdom har oplevet svære udfordringer med at trives og have en god hverdag, og at flertallet ikke jævnligt oplever at der bliver spurgt ind til deres trivsel. Derfor igangsættes en prøvehandling på Sygehus Lillebælt, hvor der på 3 afdelinger spørges til trivsel, med mulighed for at blive henvist til de omkringliggende kommuner via en REF01 henvisning. Kommunerne har i stor udstrækning tilbud til alle aldersgrupper, både i kommunalt- og frivilligt regi, og er derfor klar til at modtage (og viderehenvise) borgere. REF01 henvisningen modtages i kommunernes Sundhedsafdelinger, der sørger for, at henvisningen modtages det rigtige sted. Via denne prøvehandling opspores borgere/patienter, der har brug for ekstra støtte, og som af forskellige årsager ikke har muligheden for at opsøge gavnlige fællesskaber. Derudover aftabuiseres et område, der for mange er svært at tale om, samtidig med at sektorerne viser, at mental sundhed og trivsel har høj prioritet.

Link til rapporten: ["Mental Sundhed blandt børn og unge i Region Syddanmark"](#)

Konsulent, Henriette Bondo Andersen, Tværsektorielt samarbejde, deltager under punktet.

Indstilling:

Det indstilles, at Følgegruppen for Forebyggelse

- Drøfter input til det tværsektorielle arbejde, med udgangspunkt i *fællesmængden*.
- Afklarar sin rolle i ABC for mental sundhed.
- Kommer med input til DAK ift., hvordan vi kan samarbejde tværsektorielt om ABC for mental sundhed og skabe et overblik over, hvad det er for fælles tværsektorielle tiltag med fokus på overgange, der er i gang i kommuner og region allerede.
- Indstiller til SOF'erne, at der lokalt drøftes muligheder for arbejdet med ABC på tværs af sektorer.

Referat:**Drøftelse:**

Henriette Bondo Andersen, Tværsektorielt Samarbejde, indledte drøftelsen med en kort skitsering af projektet 'ABC for mental sundhed på ungdomsuddannelserne', som bl.a. indeholder etablering af et netværk på tværs af kommuner og ungdomsuddannelser, samt et værktøjskatalog. Henriette oplyste, at der er god opbakning fra ungdomsuddannelserne til projektet og der har allerede været dialog med flere kommuner, som i forvejen har samarbejde med ungdomsuddannelserne. Det er forskelligt hvor langt kommunerne er i arbejdet med ABC for mental sundhed og det vil dermed være op til den enkelte kommune, hvilken rolle de ønsker i projektet. I efteråret 2021 bliver der taget kontakt til alle ungdomsuddannelserne og kommuner for invitation til deltagelse i projektet samt koordinering af kommunikation og eksisterende indsatser. PSYKinfo indgår ligeledes i projektet med ungdomsuddannelserne, da de allerede udbyder undervisning i mental sundhed til ungdomsuddannelserne samt indgår i flere eksisterende projekter.

Der var enighed i følgegruppen om, at det er godt, at der kommer endnu mere fokus på unge og mental sundhed, da ungdomspsykiatrien er under pres, og forebyggelse og tidlig opsporing er nødvendigt. Udfordringerne vedr. almen praksis manglende muligheder for at henvise til psykiatrien blev desuden pointeret.

Beslutning:

Følgegruppen besluttede, at der i det tværsektorielle samarbejde omkring mental sundhed skal tages afsæt i den sundhedsfremmende tilgang, hvor den gode trivsel fremmes. Med udgangspunkt i dette, skal ABC for mental sundhed være en fælles løftestang for at arbejde tværsektorielt med mental trivsel. Følgegruppen drøftede styrkelse af det tværsektorielle samarbejde omkring ABC for mental sundhed med udgangspunkt i fællesmængden. Herunder blev det fremhævet, at fællesmængden i det tværsektorielle samarbejdet særligt ligger i overgangene mellem eksempelvis grundskole og ungdomsuddannelser, ungdomsuddannelser og videregående uddannelser, videregående uddannelser og arbejdsmarkedet, men også overgangen mellem uddannelse og fritidslivet.

Følgegruppen besluttede, at en styrkelse af det tværsektorielle samarbejde i overgangene kan tage afsæt i ABC for mental sundheds fælles sprog og mindset. En styrkelse af kommunikation og koordinering af ABC indsatser i overgangene vil fremme genkendelighed og øge tryk i tilgangen. Mindsettet for ABC for mental sundhed kan desuden tænkes sammen med de samarbejdsprojekter, som allerede er i gang på området, som eksempelvis Fremskudt Funktion. Dertil blev der også påpeget, at der med fordel kan gøres brug af Sundby Netværket, som har en temagruppe for mental sundhed.

Følgegruppens rolle: Følgegruppen besluttede, at de vil have fokus på det tværsektorielle samarbejde og kommunikation på tværs af sektorerne. Følgegruppen modtager fremadrettet hvert halve år tilbagemeldinger om fremdrift i det lokale ABC netværk, som faciliteters af Tværsektorielt Samarbejde, samt status på ABC for mental sundhed på ungdomsuddannelserne, hvor der også er fokus på effektmåling. Følgegruppen har desuden efterspurgt konkrete input fra de lokale SOF'er med henblik på at få viden om, hvordan ABC for mental sundhed forankres og udvikles lokalt, samt konkrete forslag til hvor og hvordan tilgangen kan anvendes tværsektorielt i overgangene. Det er med særlig fokus på overgangen fra ungdomsuddannelse og fritid, samt med afsæt i den gode trivsel. Inputtene skal danne grundlag for det videre tværsektorielle arbejde omkring ABC for mental sundhed i regi af Følgegruppen for forebyggelse.

5) Monitorering af forløbsprogrammer for KOL og diabetes. kl. 14.55 - 15.15

Følgegruppen for Forebyggelse besluttede i december 2020, at der skulle laves en undersøgelse af, hvordan og i hvilket omfang forløbsprogrammerne for hhv. KOL og diabetes bedst muligt kan monitoreres. På mødet i december 2020 fremgik ligeledes et ønske om at få input fra de lokale samordningsfora og implementeringsgrupper i forhold til implementering.

Følgegruppens sekretariat igangsatte en undersøgelse af dette i de lokale samordningsfora og implementeringsgrupper. Der er kommet tilbagemeldinger fra SOF-SLB og SOF-SVS samt SOF-OUH på KOL området. SOF-SHS behandler følgegruppens forespørgsel d. 11. august 2021, hvorfor deres drøftelser overleveres mundtligt på følgegruppemødet d. 18. august. SOF-OUH behandler henvendelsen vedr. forløbsprogrammet for diabetes i oktober 2021.

Formålet med forløbsprogrammerne på KOL og diabetesområdet er at sikre:

- Høj og ensartet kvalitet af den samlede behandlings- og rehabiliteringsindsats for borgere med KOL / diabetes i det syddanske sundhedsvæsen
- Sammenhæng i borgernes forløb
- Inddragelse af borgerne og deres pårørende
- Hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcerne i det syddanske sundhedsvæsen

Opsamling på tilbagemeldingerne:

Overordnet set oplever implementeringsgrupperne, at forløbsprogrammerne har skabt større systematik i samarbejdet om målgrupperne, at sundhedsfaglige på tværs af sektorer er blevet bedre til at henvise til de rette tilbud, hvorved såvel antallet af henviste samt borgernes samlede forløb er blevet bedre.

Forløbsprogrammerne opleves at udgøre en fælles platform, der giver en fælles, tværsektoriel reference- og forståelsesramme.

Igangsatte, tværsektorielle initiativer:

I forbindelse med henvendelsen til de lokale SOF'er og implementeringsgrupper blev der efterspurgt, hvilke initiativer, der er igangsat som følge af forløbsprogrammerne.

En af tilbagemelderne er, at det kan være vanskeligt at definere, hvad det er der gør at forløbene bliver bedre – om det er pga. forløbsprogrammerne eller de initiativer der iværksættes enkeltvis på sygehusene og i kommunerne, og om det er et generelt bredere fokus på målgrupperne, der manifesterer sig.

Under alle omstændigheder er flere initiativer i forhold til at sikre bedre overgange og sammenhængende forløb udviklet og igangsat:

- Tværsektorielle Erfa-grupper, der sikrer koordinering, gode overgange i sektorer for patienter/borgere samt kendskab til indsatser og initiativer i hhv. kommune og på sygehus.
- Fokus på kompetenceløft på tværs af sektorer
- KOL sygeplejersker i kommunerne
- Styrket kontakt til almen praksis, bl.a. via KLU møder
- Øget opmærksomhed på rettidig kommunikation til samarbejdspartner, bl.a. statusnotater til behandlingsansvarlige læge
- Temadage, der styrker både faglighed og relationer på tværs af sektorer
- Diabetesudvalg med repræsentation af både sygehuse og kommuner (forankret på sygehusene)
- Brobygningstilbud til foreningsregi efter endt forløb i kommunen
- Fokus på anvendelse af plejenet.dk, hvor data og billeder vedr. patienter med sår kan deles, og behandlingstiltag vedr. patienten/borgeren udveksles mellem sygehus og kommunal sårsygeplejerske. Dette med henblik på at forebygge amputationer

Monitorering og eksisterende data:

Såvel sygehuse og kommuner anvender en række data og indikatorer i forbindelse med arbejdet med patienterne/borgerne. På tværs af SOF'erne er der enighed om, at der i forbindelse med monitorering af forløbsprogrammerne kun bør anvendes få, klare indikatormål, der i forvejen indsamles af i regionen og kommunerne, dvs. har afsæt/er forankret i eksisterende data/databaser, da det for alle parter er ressourcekrævende at indrapportere data.

Nedenfor oplystes de kvantitative effektmål, der går igen på tværs af SOF områder. På diabetesområdet har flere kommuner meldt tilbage, at de i samarbejde med SIF og SDCO måler effekt af diabetesforløbene i kommunerne, ligesom nogle kommuner anvender monitoreringssystemet MoEva.

Det foreslås, at der måles på følgende indikatorer for resultatmål (ikke prioriteret rækkefølge):

I kommunerne:

- WHO5 trivselsindeks
- 6 minutters gangtest (gennemføres ikke systematisk alle steder)
- Antal gennemførte forløb
- Hvilke tilbud borgeren henvises til efter den afklarende samtale
- Gennemført rygestopforløb
- Sygdomsforståelse
- Funktionsniveau

Fra sygehuse og almen praksis:

- Lungefunktion
- BMI
- Antal henvisninger til afklarende samtale i kommunen (REF01)
- Antal genoptræningsplaner fra sygehuse

Det skal overvejes om de ovennævnte effektmål fungerer bedst som individuelle mål, der motiverer borgeren i forløbet, men kan være sværere at lave meningsfyldt statistik over på aggregeret niveau

Implementeringsgraden af forløbsprogrammerne:

På baggrund af de indkomne besvarelser fra SOF'er og IPG'er synes det relevant at undersøge, hvor udbredt kendskabet til forløbsprogrammerne er, særligt blandt almen praksis, da tilbagemeldingerne fra SOF'erne på nuværende tidspunkt viser stor forskel på dette punkt. I Varde er der god erfaring med en hjemmeside til almen praksis, der viser kommunens tilbud, og gør det nemt for lægerne at henvise til de rigtige tilbud, hvilket har givet en mere præcis henvisningspraksis.

Som inspiration til det videre arbejde med den kvalitative del af evalueringen er vedlagt skema, der er udarbejdet i SOF-OUH i forbindelse med undersøgelse af implementeringen af samarbejdsaftaler (bilag 6).

Vedr. diætist/ernæringsscreening:

I tilbagemeldingerne fra SOF'erne er sekretariatet blevet opmærksomme på, at det er forskelligt fra kommune til kommune, om der tilbydes decideret diætbehandling eller kostvejledning til målgrupperne. På baggrund heraf ønskes en drøftelse af, hvad forskellen er, med henblik på at give en tilbagemelding til SOF'erne ift. det forventede niveau, der tilbydes i kommunerne, særligt på KOL-området.

Tværregional arbejdsgruppe:

IPG-OUH foreslår, at der med fordel vil kunne nedsættes en tværregionalt arbejdsgruppe, som sammen med kompetencegruppen for monitorering vil kunne udvikle en overordnet plan for monitorering på tværs af regionen. Herved vil der kunne arbejdes med ensartethed ift. monitoreringsmålene på tværs af sygdomsområderne, med øje for kvalitetsudvikling.

Det opfordres endvidere til, at monitoreringsarbejdet inspireres af det arbejde, der allerede er pågået i bl.a. diabetesudvalg og HjerteSyd. Det vil ligeledes være relevant at indtænke anvendelse af PRO-data, for at få patienternes oplevelser med.

**PRO data:**

Der er opmærksomhed på PRO data (Patientrapporterede Oplysninger), både nationalt, regionalt og kommunalt. Regionalt har PRO data været anvendt klinisk i længere tid, og i RKKP pågår der arbejde om at få integreret PRO-data i de kliniske kvalitetsdatabaser. Der er på nuværende tidspunkt udviklet et national PRO-skema på diabetes området, der i øjeblikket er pilottestet, justeret og klar til udrulning. På vej er også et nationalt PRO spørgeskema på hjerterehabiliteringsområdet, hvilket forventes klar til pilottest i efteråret 2021.

De nationale PRO-skemaer varetages af PRO-Sekretariatet under Sundhedsstyrelsen. På deres hjemmeside ligger en spørgeskema-bank, hvor tilgængelige PRO-skemaer kan tilgås. Derfra vil det fremgå om PRO-skemaet er obligatorisk (skal opgave) eller en anbefaling om at anvende skemaet. [Link til PRO-spørgeskemabank](#)

En fælleskommunal IT-løsning til PRO-skemaer er på vej, og det forventes, at Kommunal PRO bliver ”den digitale motorvej”, som 96 kommuner (alle i region Syd) har tilsluttet sig til at håndtere spørgeskemaerne. Det bliver en del af den nationale infrastruktur, hvor også TeleKOL tilsluttes. Kommunal PRO vil blive leveret af Systematic med MedWare som underleverandør, forventeligt i løbet af 2022. Det forventes, at PRO-data gennem Kommunal PRO kan deles på tværs af kommunegrænser og sektorer.

Når der er PRO-data tilgængelige, bør der være en strategisk drøftelse af mulighederne for anvendelse af PRO-data til lokal kvalitetsudvikling, da det vil kunne understøtte borgernes forløb på tværs af sektorer.

Hvis besvarelserne fra SOF’erne ønskes tilsendt er man velkommen til at kontakte følgegruppens sekretariat.

Indstilling:

Det indstilles, at Følgegruppen for Forebyggelse

- Drøfter hvordan og i hvilket omfang, der skal monitoreres på forløbsprogrammerne på KOL og diabetesområdet. Herunder ønskes en drøftelse af, hvorvidt monitorering skal omhandle selve implementeringen af programmerne og kendskabet hertil, eller om det skal omhandle effekten af forløbene.
- Drøfter skemaet til at indhente status på implementering i SOF’erne og kommer med input (bilag 7).
- Drøfter forskellen på diætbehandling og kostvejledning, og hvilken forventning Følgegruppen har til de tilbud, der gives borgerne i kommunerne



Bilag:

- 6) Skema vedr. status på samarbejdsaftaler

Referat:

Drøftelse:

Følgegruppen drøftede væsentligheden af viden om såvel effektmål samt implementeringsgraden.

Effektmålene er en væsentlig del af implementeringen, og undersøgelsen blandt de lokale samordningsfora har vist, at implementeringen er i god gænge, og at der måles på mange af de samme effektmål på tværs af kommuner og sektorer.

Følgegruppen drøftede ikke forskellen på diætbehandling og ernæringsvejledning, da det blev drøftet under punkt 2.

Beslutning:

Følgegruppen for Forebyggelse besluttede, at der, i tråd med forslaget fra IPG-OUH, nedsættes en arbejdsgruppe, **bestående af et medlem fra hver implementeringsgruppe samt en til to medlemmer fra kompetencegruppen for monitorering**. Arbejdsgruppen skal give en status på tværgående effektmål på et aggregeret niveau, der viser effekten af forløbsprogrammerne for hhv. KOL og diabetes. Der forventes en tilbagemelding på det først kommende møde i 2022.

Arbejdsgruppens medlemmer forventes at have relevante kompetencer inden for databearbejdning.

Følgegruppen ønsker udelukkende, at der måles på data, der findes i forvejen, hvorfor der ikke skal udvikles nye målemetoder. Som følge af ovenstående beslutning sendes det foreslåede statusskema ikke til de lokale samordningsfora.

6) Skriftlige orienteringer kl. 15.15 - 15.20

Status på Sundhedsprofil undersøgelsen

Dataindsamlingen sluttede den 12. maj 2021. Den endelige svarprocent er 62,8 %, hvilket er ca. 5 % lavere end i 2017, men stadig den højeste svarprocent på landsplan (se vedhæftede landkort med endelige svarprocenter fordelt på regioner – bilag 7).

Langt hen i dataindsamlingsperioden lå svarprocenten lidt over niveauet for 2017, men mønsteret blev brudt sidst i dataindsamlingen, hvor de sidste to påmindelser desværre ikke havde tilsvarende effekt som i 2017.

Flere kvinder (67,4 %) end mænd (58,1 %) valgte at besvare spørgeskemaet. Den højeste svarprocent findes hos de 65+ årige blandt både kvinder og mænd. De 25-44 årige har den laveste svarprocent, hvor mændene i denne aldersgruppe ligger lavest med 41,9 %. Til sammenligning nåede de unge mænd på 16-24 år op på 44,8 %.

Med undtagelse af to kommuner, som har en svarprocent på hhv. 58 og 59 %, ligger samtlige kommuner med svarprocenter over 60 %. To kommuner ender med en svarprocent på 66,8 %.

Der er iværksat en opfølgning på den kommunikationskampagne, der blev tilrettelagt i forbindelse med dataindsamlingen. Dette foregår via en mindre spørgeskemaundersøgelse, som er sendt ud til de kommunale kontaktpersoner for sundhedsprofilen. Planen er også at foretage enkelte interviews. De lokale erfaringer kommer til at indgå i planlægningen af kommunikationskampagnen, når undersøgelsen kører igen i 2025.

Den primære opgave den kommende tid er at analysere data samt opbygge og skrive rapporten i samarbejde med Statens Institut for Folkesundhed. Endvidere er der fokus på planlægning af henholdsvis national og regional resultatlancering. Den lokale resultatformidling skal ligeledes tilrettelægges i samarbejde med kommunerne. Resultatet af Sundhedsprofilen forventes at være klar til præsentation i foråret 2022.

For at skabe det bedst mulige grundlag for resultatformidlingen er der et større nationalt afdækningsarbejde i gang, hvor undersøgelsens resultaterne vurderes i lyset af de COVID-19 restriktioner, der var under dataindsamlingsperioden.

Ny version af Sundhedsaftalen 2019-2023

Sundhedskoordinationsudvalget godkendte i efteråret 2020, at måltallene i Sundhedsaftalen 2019-2023 (s. 14-15) ændres således, at de stemmer overens med ændringerne i datakilden (LPR) til målsætningerne. Det er dermed fortsat muligt at følge målsætningerne i Sundhedsaftalen på trods af ændret datagrundlag. Det skal dog pointeres, at ændringerne i LPR ikke berører målsætninger under Følgegruppen for forebyggelse.

Ændringerne ift. Følgegruppe for Forebyggelses indsatser skyldes derimod, at der blev opdaget, at der er skrevet et forkert måltal vedr. børn og unge i alderen 14-16 år med svær overvægt. På samme tid blev det klart, at tallene for baseline er beregnet ud fra 2023-måltallene og det er dermed ikke en reel baseline. De faktiske tal for andelen af overvægtige og svært overvægtige børn i 2018 er derfor tilføjet og herefter er den ønskede udvikling beregnet igen.

Tabel 5, fra notatet til Sundhedskoordinationsudvalget vedr. ændringerne i Sundhedsaftalen (Bilag 8), viser de tidligere måltal og de nye korrekte måltal, som fremgår af den nye version af Sundhedsaftalen 2019-2023:

TABEL 5 – MÅLTAL FOR ANDELE BØRN MED OVERVÆGT OG SVÆR OVERVÆGT 2018-2023

	2018 (baseline)		2019		2020		2021		2022		2023	
	Over- vægt	Svær overvægt	Over- vægt	Svær overvægt	Over- vægt	Svær overvægt	Over- vægt	Svær overvægt	Over- vægt	Svær overvægt	Over- vægt	Svær overvægt
6-8 år												
Nuværende måltal	9,7	3,3	9,5	3,1	9,3	2,9	9	2,6	8,9	2,5	8,6	2,3
Nyt måltal	9,4	3,4	9,3	3,2	9,2	3,0	9,0	2,8	8,8	2,5	8,6	2,3
9-13 år												
Nuværende måltal	15,1	3,6	15,0	3,5	14,8	3,4	14,7	3,3	14,5	3,2	14,4	3,1
Nye måltal	14,9	3,4	14,8	3,35	14,7	3,3	14,6	3,25	14,5	3,2	14,4	3,1
14-16 år												
Nuværende måltal	15,6	3,3	15,1	3,3	14,7	3,3	14,2	3,3	13,7	3,3	13,2	3,3
Nye måltal	15,0	3,8	14,7	3,75	14,4	3,7	14,0	3,6	13,6	3,5	13,2	3,4

I det administrative tillæg er den største ændring, at oversigten over det forventede ressourcestræk ift. indsatserne er taget ud. Det skyldes, at tidsplanen ikke længere er gældende, da flere indsatser ikke er kommet i gang pga. Covid-19. I stedet fremgår der, at udviklingen i indsatserne følges årligt. Der står følgende (s. 8), *Følgegrupperne forelægger årligt en status på indsatserne i Sundhedsaftalen på henholdsvis Det Administrative Kontaktforum og Sundhedskoordinationsudvalget i november og december.*

Den opdaterede version af Sundhedsaftalen 2019-2023 0.2 og det administrative tillæg 0.2 er tilgængelig på hjemmesiden via dette link: [Link til opdateret Sundhedsaftale og administrativt tillæg](#)

Bilag:

- 7) Landkort med endelige svarprocenter fordelt på regioner
- 8) Notat om baggrund for ændringer i måltal

Referat:

Der var ingen kommentarer til de skriftlige orienteringer

7) Punkter til kommende møder kl. 15.20 – 15.25

- Status på indsatser til DAK og SKU (september)
- Status og kommende evaluering af Røgfri Fremtid (september)
- Ammepolitikken (september)
- Status på den tværsektorielle samarbejdsaftale på Børn- og Ungeområdet (september)
- Evaluering af rammeaftale for infektionshygiejnisk rådgivning samt plan for revidering (september)
- Temadrøftelse om arbejdet på overvægtsområdet (november)

Referat:

Følgegruppen drøftede punkterne og under punktet om *Evaluering af rammeaftale for infektionshygiejnisk rådgivning samt plan for revidering* blev det påpeget, at der stadig arbejdes på at finde en kommunal medsekretær til arbejdsgruppen. Det er derfor ikke realistisk at punktet kan komme på allerede til september.

På baggrund af Følgegruppens drøftelser og beslutninger blev yderligere punkter tilføjet til listen over punkter til kommende møder:

- Revidering af forløbsprogram for hjertesygdomme og HjerteSyd.
- ABC for mental sundhed: Tilbagemeldinger fra SOF'er, fremdrift i det lokale ABC netværk samt status på ABC for mental sundhed på ungdomsuddannelserne
- Monitorering af forløbsprogrammer for KOL og diabetes: Opfølgning fra arbejdsgruppen

8) Eventuelt 15.25 – 15.30

Næste møde

29. september 2021 kl. 13.00 til 15.30 – *virtuelt*.