

Notat

Opsamling af hovedpointer fra projekter

I nærværende notat er hovedpointer beskrevet fra de tre politisk besluttede projekter:

- Den gode overgang - fra indlæggelse til udskrivelse
- Implementering af samarbejdsaftale for voksne med psykisk sygdom
- Implementering af samarbejdsaftale for børn og unge med psykisk sygdom

Projekt: Den gode overgang - fra indlæggelse til udskrivelse

På mødet vil projektejere, Louise Søndergaard Ritzau, Sektionsleder i Patientforløb, Amager og Hvidovre Hospital, og Stine Mieth-Waldorff, Afdelingsleder i Center for Sundhed og Rehabilitering, Københavns Kommune, præsentere afprøvninger af virtuel visitation og virtuelle konferencer, som har vist gode erfaringer, effekt og været meningsfuld i praksis.

Projektet '*Den gode overgang – fra indlæggelse til udskrivelse*' omfatter flere politisk besluttede indsatser, hvoraf de samlede erfaringer og læringspunkter beskrives i nedenstående afsnit.

Projektets samlede erfaringer og læringspunkter:

- **Tværasektorielt samarbejde:** Arbejdet på tværs af sektorer har vist sig at være meningsfuldt for alle involverede parter. Det har fremmet relationel koordinering, hvilket har givet et dybere organisatorisk indblik og forståelse for hinandens praksis. Dette har ført til løsninger på problematikker tæt på praksis.
- **Forskellige perspektiver:** Involvering af flere parter har gjort det muligt at se tingene fra forskellige vinkler. Dette har bidraget til en meningsfuld opgaveløsning og sikret et fælles sprog, hvilket især er med til at forbedre patientforløb.
- **Praksisnær tilgang:** Projektets praksisnære tilgang har muliggjort en række afprøvninger, som har vist sig at være nyttige i praksis.
- **Samarbejde med almen praksis:** Samarbejde med almen praksis er meningsfuldt, selvom det kan være logistisk udfordrende.
- **Tværasektorielle projektledere:** Det er gavnligt at have tværasektorielle projektledere med kendskab og viden om tværfagligt og tværasektorielt samarbejde, samt ressourcer til at drive afprøvninger. For at sikre klinikernes deltagelse i projekter i en travl hverdag med patienter og borgere, er det essentielt at have projektledere, der fungerer som tovholdere, og som er med til at sikre, at målene nås effektivt og rettidigt.
- **Tværasektorielt projektejskab:** Det er gavnligt at have tværasektorielt projektejskab, da det giver en høj grad af agilitet bl.a. i de beslutninger, der skal tages på tværs.
- **Datagrundlag:** Det har været udfordrende at etablere et tværasektorielt datagrundlag, da data ikke har kunnet deles og da den tilgængelige data hos kommunerne har varieret fra kommune til kommune. Der er derfor behov for et fælles tværasektorielt datagrundlag.

I det følgende er de overordnede resultater fra udvalgte politisk besluttede indsatser beskrevet.

Analyse af indlæggelses- og udskrivelsesprocessen:

Journalaudit på indlæggelser fra plejehjem:

Formålet med journalaudit på indlæggelser fra plejehjem var at afdække borgerens vej fra plejehjem til indlæggelse, herunder kørsel i forbindelse med indlæggelsen. Auditten er baseret på data fra seks plejehjem i hhv. i København-, Glostrup- og Tårnby Kommune og omfatter 52 indlæggelser.

Journalaudittens overordnede resultater:

- 41 ud af 52 borgere var indlagt i mere end 24 timer. Af de 11 borgere, der var indlagt i under 24 timer, blev 8 behandlet under indlæggelse og hos 5 affødte indlæggelsen nye ordinationer/behandlingsplan.
- 1813 stod for 26 af indlæggelserne fra plejehjem, plejhjemslægen stod for 11, almen praksis 8 og 7 kom fra andet.
- I 6 tilfælde blev akutteam kontaktet af ansatte på plejhjemmet, inden der blev ringet til 1813/egen læge.

Kørsel: Data for kørsel i forbindelse med indlæggelser er opgjort for C- og D-kørsler varetaget af ambulancer eller liggende sygetransporter fra de seks plejehjem til enten Hvidovre-, Amager- eller Glostrup Hospital.

- I 79% af kørslerne blev borgeren afhentet inden for servicevinduet på 2 timer. Den gennemsnitlige afhentningstid var 1 time og 15 minutter.

På baggrund af analysen er der opstillet forslag og anbefalinger til forbedringer, der kan skabe en god overgang til gavn for borgerne. Anbefalingen omfatter klarhed over behandlingsplaner og ansvar, ensartet brug af akutfunktioner, reducere indlæggelser fra 1813, og øge fokus på alternativer til indlæggelser og kompetenceløft.

Virtuel visitation:

Formålet med virtuel visitation er at sikre, at borgere oplever en tryk og sammenhængende udskrivelse til eget hjem, hvor både borger og pårørende involveres i samarbejdet med hospital og kommune. Dertil afprøves et alternativ til eksisterende arbejdsgange, hvor udskrivningsplanlægningen primært foregår over telefonen mellem personale i henholdsvis kommune og på hospitalet og hvor patienten og de pårørende derved ikke er en aktiv del af egen udskrivelsesplanlægning. Nogle kommuner har fysisk fremmøde på hospitalet i de tilfælde, hvor udskrivelsen er mere kompliceret. Afprøvningen blev afviklet i samarbejde med Dragør- og Københavns Kommune og Afdelingen for Lunge-, Hormon- og stofskiftesygdomme og Afdelingen for Ældre sygdomme og Lindrende behandling på Amager og Hvidovre Hospital.

Erfaringerne med virtuel visitation viser, at det er et godt alternativ til kommunalt fysisk fremmøde på hospitalet. Den virtuelle samtale giver borgerne indflydelse på udskrivelsen, og det opleves trygt at have samtalen om den forestående udskrivelse virtuelt. Borgerne oplever det givende, at deres pårørende også kan deltage virtuelt. De virtuelle samtaler vurderes positivt, da den kommunale visitation bedre kan vurdere borgerens behov, og sygeplejersker på hospital ser det som et godt alternativ til fysiske visitationsmøder. På baggrund af de gode resultater og erfaringer er det besluttet at tilbyde virtuel visitation fortsat.

Dosisdispenseret medicin:

Det er et ønske at øge antallet af borgere på dosispakket medicin i Sundhedsklynge Syd, hvorfor der er foretaget en afdækning af kommunernes udgangspunkter for udbredelsen af dosisdispenseret medicin gennem et spørgeskema. Skemaet er udsendt til alle kommuner i Sundhedsklynge Syd.

Udvalgte resultater fra spørgeskemaundersøgelsen:

- Flertallet oplever ledelsesopbakning og en klar målsætning om dosisdispenseret medicin.
- Der opleves variation i de praktiserende lægers opbakning til dosis.
- Erfaringen er, at hospitalet ved indlæggelse ofte stopper eller sætter dosis i bero. Ved ambulant kontakt fortsætter borgerne oftere på dosis.

Dertil har et tværsektorielt temamøde om dosispakket medicin været afholdt i Sundhedsklynge Syd med formål om at understøtte en fælles forståelse for det tværsektorielle arbejde om dosisdispenseret medicin samt at opnå viden om og redskaber til den fortsatte implementering af dosisdispenseret medicin. Med ca. 60 deltagere var alle klyngens kommuner, Amager og Hvidovre Hospital og apotekerne repræsenteret på mødet.

Evalueringen af temamødet viser, at deltagerne fandt det meningsfuldt at mødes tværsektorielt om dosisdispenseret medicin, at deltagerne på mødet fik en ny fælles forståelse for arbejdet med dosisdispenseret medicin, og at de fik brugbar viden og redskaber til det fortsatte tværsektorielle arbejde.

IV-behandling i kommunalt regi

Denne indsats har været pauseret, da der har foregået en revision af aftalen om IV behandling i eget hjem.

Ny fælles akutmodtagelse på Amager og Hvidovre Hospital

Lægefaglig journalaudit på korte indlæggelser:

Der er blevet foretaget en lægefaglig journalaudit på korte indlæggelser fra plejehjem for at undersøge, hvorfor borgeren bliver indlagt, om nogle af indlæggelserne kan forebygges, samt om der er alternativer til indlæggelse. Den lægefaglige journalaudit er baseret på 37 indlæggelser fra plejehjem, hvor indlæggelsen varede under 24 timer. Journalauditten overordnet resultater viser:

- 49% af indlæggelserne vurderes nødvendige.
- 54% af indlæggelserne vurderes at kunne været håndteret sub-akut.
- 60% af indlæggelserne vurderes at kunne været håndteret i primær sektor.
- 16% af indlæggelserne blev omlagt til ren palliativ behandling.

På baggrund af audittens resultater arbejdes der videre med tværsektorielt kompetenceløft, så det rette kompetenceniveau sikres med det formål, at borgere kan behandles tæt på hjem og dermed forebygge uhensigtsmæssige ind- og genindlæggelser.

Samarbejde om midlertidige pladser

Tværsektorielle virtuelle konferencer

For at tilvejebringe en tværsektoriel model for styrket lægebetjening på midlertidige pladser har projektet afprøvet tværsektorielle virtuelle konferencer. Formålet med konferencen er at skabe et mere sammenhængende borgerforløb på tværs af sektorer samt forebygge uhensigtsmæssige genindlæggelser. Afprøvningen skete i samarbejde med Brøndby-, Hvidovre- og Københavns Kommune, Afdelingen for Ældresygdomme og Lindrende behandling på Amager og Hvidovre Hospital og almen praksis som et led i Det Nationale Ledelsesprogram.

Resultaterne af afprøvningen viser, at de virtuelle konferencer giver en afklaring af borgerens helbredstilstand og er med til at sikre en fælles plan for borgeren på tværs af sektorer. Deltagerne i konferencerne vurderer, at konferencen styrker det tværsektorielle samarbejde, og i knap halvdelen af de afholdte konferencer blev det vurderet, at konferencen har været med til at forebygge en genindlæggelse. På baggrund af de gode resultater og erfaringer er afprøvning af tværsektorielle virtuelle konferencer forlænget.

Tværasektoriel kompetenceforløb

For at forebygge unødvendige ind- og genindlæggelser har projektet afprøvet et kompetenceudviklingsforløb i samarbejde med Brøndby Kommune. Rammen for kompetenceforløbet var frailty (skrøbelighed) som begreb og Clinical Frailty Scale (CFS), og formålet med kompetenceforløbet er at styrke det tværasektorielle samarbejde til gavn for borgere og skabe et fælles sprog omkring den ældre, skrøbelige patient på tværs af sektorer. Omkring 120 medarbejdere fra Brøndby Kommune deltog på kurset, og kursisterne repræsenterede både diætister, ledere, sygeplejersker, aktivitetsmedarbejdere og social- og sundhedsassistenter.

Erfaringerne af pilotprojektet viser, at CFS er et hurtigt og nemt screeningsværktøj, der kan anvendes som fælles sprog både internt og eksternt. Det kræver dog, at alle sektorer anvender det ensartet. Derfor er den gode overgang i gang med at videreudvikle og skalere kompetenceudviklingsforløbet, så der i nye forløb er tværasektoriel deltagelse og et fokus på det tværasektorielle arbejde med CFS efter endt kursus med evt. relevant understøttelse fremadrettet.

Projekt: Implementering af samarbejdsaftale om voksne i med psykisk sygdom

Projektet blev igangsat for at øge kvaliteten i de tværsektorielle netværksmøder, så de i højere grad understøtter et velkoordineret forløb for borgeren, både i forbindelse med indlæggelse og igangværende ambulante forløb. Projektets resultater er beskrevet det nedenstående.

Projektets resultater

Evaluering af projektets baseline viser, at der i løbet af det år, som projektet har løbet, er kvaliteten af de tværsektorielle netværksmøder øget i de tre referencekommuner: Rødovre, Tårnby og Ishøj

Medarbejderne er i de tre kommuner blevet spurgt ind til disse mål ved projektets start primo 2024 og igen primo 2025. På alle fire mål er der sket en markant forbedring:

- Oplevelsen af et godt netværksmøde blev øget fra 18,3 pct. til 68,8 pct.
- At netværksmøderne er meningsfulde for alle parter ved, at møderne er målrettet borgerens behov blev øget fra 32,8 pct til 62,5 pct.
- Borgerens oplevelse af ligeværd og tryghed ved inddragelse i eget forløb blev øget fra 21,9 pct til 77,1 pct.
- Etablering af et fælles ansvar for deltagelse og dagsorden og dermed ens opfattelse af mødets formål steg fra 69,7 pct. til 91,7 pct.

Hvorvidt projektets arbejde med tværsektorielle netværksmøder har haft en isoleret virkning på kvaliteten af de afholdte tværsektorielle netværksmøder, kan der ikke entydigt konkluderes. Dette fordi der på generelt er arbejdet med de tværsektorielle netværksmøder i andre regi, som også kan have en indvirkning på kvaliteten i afholdelse af tværsektorielle netværksmøder.

Læringspunkter og erfaringer til kommende projekter

Metoden ved at anlægge en praksisorienteret kompetenceudvikling har sin succes, fordi der arbejdes konkret med afholdelse af de tværsektorielle netværksmøder sammenholdt med den daglige praksis og hverdag. Ved at gøre dette findes der frem til barrierer for at få afholdt et godt møde, som parterne skal finde løsninger på og efterfølgende implementere i egen praksis.

En anden vigtig læring, er at det er vigtigt at involvere bredt, da en borger med psykisk sygdom har mange kontaktheder med kommunen, derfor skal der rækkes bredt ud til beskæftigelse-, social- og sundhedsområdet – samt på alle områder både myndighed og udførere. Medarbejderne fra de forskellige områder har forskellige syn og perspektiver på en metode og, hvad et samarbejde skal indeholde. Hvis ikke alle er med i udvikling af konkrete løsninger, så mistes nogle perspektiver og en løsning overses.

Praksisorienteret kompetenceudvikling kan ske i en mindre skala ved blot at mødes til 1 – 2 workshops, hvor der tales om, hvad et netværksmøde konkret er, og hvad det betyder i det tværsektorielle samarbejde. Men også, hvilke barrierer er der for, at få det gjort, og på en baggrund få fundet nogle praktiske løsninger på de disse.

Mens deltagelse i Det Nationale Ledelses Program er mere omfattende, men har også givet anledning til mere grundlæggende at ændre praksis ved, at indkalde til tværsektorielle netværksmøder tidligere. Der er således lagt et kim at fortsætte med at udvikle på et koncept for, hvordan en borger gribes bedre i overgangen fra indlæggelse til støtte eget hjem.

Projekt: Implementering af samarbejdsaftalen for børn og unge med psykisk sygdom

Projektet blev igangsat for at understøtte implementering af samarbejdsaftalen for børn og unge med psykisk sygdom i klyngen. Projektets resultater er beskrevet nedenfor.

Projektets resultater

Projektet har haft succes med at etablere et beslutningskraftigt projektpartnerskab på chefniveau på tværs af Sundhedsklynge Syds organisationer (i.e., kommunale chefer på børne- & familieområdet fra Albertslund-, Brøndby-, Dragør-, Glostrup-, Hvidovre-, Ishøj-, Tårnby- og Vallensbæk samt fra Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center), hvilket har medført et bredt engagement og ejerskab.

Der er etableret indsats i forebyggelse af selvmordsadfærd i alle klyngens kommuner, med videnspersoner i selvmordsforebyggelse, som har modtaget uddannelsesforløb, informationsmaterialer, procesunderstøttelse til etablering og relationsdannelse til kompetencecenter for selvmordsforebyggelse på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center (BUC). Derudover har partnerskabet vist sig gavnligt i forbindelse med andre tiltag på det børnefaglige og børnepsykiatriske område f.eks. i forhold til implementering af lettere behandlingstiltag i kommunerne i henhold til den nye faglige ramme og implementering af barnets lov.

Implementering af Koordineret Indsats på Tværs (KIT) har været prioriteret højt, da denne samarbejdsmodel berører flere elementer af samarbejdsaftalen. Implementering af KIT har været tilrettelagt i nært samarbejde med KIT konsulentteamet fra enhed for Udvikling af Tværsektorielt Samarbejde på BUC, der har udarbejdet et velafprøvet og struktureret implementeringsforløb. I KIT arbejdes der bl.a. med kerneelementer, såsom rollen som ansvarlig kontaktperson, tidlig kontakt, koordinerende møder, netværksmøder og tværsektorielle planer samt redskaber, skabeloner og guides, der understøtter et systematisk og tæt samarbejde på tværs af sektorer (kommuner og region). Dette implementeringsforløb forløber over min. et år i tæt samarbejde mellem KIT-konsulenterne og kommunens eget implementeringsteam med ledelsesrepræsentanter, teamleder og nøglepersoner fra børne- og unge rådgivningen og PPR-psykologer.

I løbet af projektperioden har Glostrup- og Tårnby kommune fuldt implementeret KIT, Brøndby-, Hvidovre- og Ishøj- har påbegyndt implementering af KIT og forventer at have det fuldt implementeret medio 2026, Albertslund- og Høje-Tåstrup kommune har haft indledende/forberedende dialoger på tværs af enheder og løse aftaler med KIT-konsulentteamet om mulig opstart i 2026. Da Dragør har et tæt samarbejde med Tårnby kommune, som varetager dele af sager, som går på tværs af kommune og BUC, er der igangsat arbejde med en tilpasset indsats for dette samarbejde.

Bilag 2 - Pixibog for politisk besluttede projekter i Sundhedsklynge Syd

Nærværende dokument fremstiller en foreløbig afrapportering fra hver af de politisk besluttede projekter i Sundhedsklynge Syd. Den endelige afrapportering foreligger ved udgangen af 2025, hvor alle projekterne afsluttes.

Indhold

Projekt: Implementering af samarbejdsaftalen for børn og unge med psykisk sygdom	5
Beskrivelse	5
Metodisk tilgang	5
Organisering.....	6
Prioriterede indsatser	6
Forebyggelse af selvmordsadfærd.	7
Overgangen fra ung til voksen.	7
Vidensdeling og temadage.....	7
Leverancer	8
Resultater og effekt	8
Målopfyldelse	9
Implementeringsudfordringer.....	10
Konklusion.....	10
Perspektivering.....	11
Forventede effekter for børn, unge og deres familier	12
 Projekt Den gode overgang – fra indlæggelse til udskrivelse	 14
Baggrund og politisk opdrag	14
Afgrænsning	14
Organisering.....	15
Resultater.....	15
Analyse af indlæggelses- og udskrivelsesprocessen:	16
(1) IV-behandling i kommunalt regi.....	19
(2) Ny fælles akutmodtagelse på Amager og Hvidovre Hospital	19
(3) Samarbejde om midlertidige pladser.....	20
Forberedelse af implementering og skalering af indsatser	22
Konklusion.....	23
Bilag 1 – overblik over projektets økonomi	24

Projekt Tværsektoriel indsats om overvægt.....	25
Baggrund.....	25
Projektgrundlag og organisering.....	25
Formål.....	26
Metode.....	26
Resultat.....	26
Leverancer/ produkt.....	26
Resultater og målopfyldelse.....	27
Effekt evaluering for slutbruger/ borger.....	28
Proces evaluering.....	29
Samlet konklusion	30
 Projekt: Implementering af samarbejdsaftale om voksne med psykisk sygdom	32
Beskrivelse.....	32
Projektets formål	32
Projektorganisationen.....	32
Kort om projektet.....	33
Deltagelse i det Nationale Ledelsesprogram	34
Ishøj Kommune og Psykiatrisk Center Glostrup.....	34
Tårnby Kommune og Psykiatrisk Center Amager.....	34
Resultat – det nytter	35
Skalering til øvrige kommuner i Sundhedsklyngen:	35
Opsummering på forsøg på skalering.....	36
Proces evaluering – konkurrence fra andre indsatser	36
Samlet konklusion – praksisorienteret læring virker	37
Kom Godt Hjem - Det Nationale Ledelsesprogram giver plads til at skabe forandring	37
Hvad siger borgeren?	37
Bilag: Overblik over initiativer i det Nationale Ledelsesprogram.....	39
 Projekt: Den gode start på livet – fælles ammeindsats.....	41
Baggrund og politisk opdrag.....	41
Formål	41
Organisering.....	41

Leverancer	43
Fælles ammevejledning på tværs af sektorer	43
Temadage	43
Facilitatorkorps	43
Forældreperspektivet.....	44
Formål og metode for evalueringen	45
Virkning(effekt) del	46
Leverancer:	46
Procesdel	48
Organisering:.....	48
Gennemførelse:	49
Anbefalinger.....	52
Bilag	52
Bilag 1 Fælles ammevejledning på tværs af sektorer.....	52
Bilag 2 Forældreperspektiv på ammevejledning på tværs af sektorer	52

Projekt: Implementering af samarbejdsaftalen for børn og unge med psykisk sygdom

Projektet har skabt et styrket tværsektorielt samarbejde mellem kommuner og region, hvilket har øget sammenhængen og kvaliteten i indsatsen for børn og unge med psykiske vanskeligheder. Implementering af Koordineret Indsats på Tværs (KIT), indsats for selvmordsforebyggelse og overgang til voksenområdet viser konkrete, bæredygtige resultater. Der er etableret solide netværk med vidensdeling, som har haft flere positive sideeffekter med samarbejde på tværs for andre børne/unge sundhedsinitiativer og danner grundlag for fremtidige strategiske initiativer.

Beskrivelse

For at styrke det tværsektorielle samarbejde er der indgået en samarbejdsaftale om børn og unge med psykisk sygdom mellem Region Hovedstaden, kommunerne og de praktiserende læger i regionen. Aftalen skal sikre, at børn, unge og deres familier oplever kvalitet, effektivitet og sammenhæng i deres forløb. Sundhedsklynge Syd afsatte i perioden 2023-2025 midler til dette projekt, der har til formål at understøtte implementeringen af samarbejdsaftalen hos sundhedsklyngens parter (kommunerne Albertslund, Brøndby, Dragør, Glostrup, Hvidovre, Høje-Taastrup, Ishøj, København, Rødovre, Tårnby, Vallensbæk samt Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center (BUC)).

Slutbrugere – patienter og pårørende – har bidraget til projektet på flere niveauer. De har bl.a. været involveret i udviklingen af de prioriterede indsatser samt deltaget i driftsforum for børne- og ungdomspsykiatri i planområde Syd, der har fungeret som referencegruppe.

Metodisk tilgang

Projektet har taget afsæt i en evidensbaseret organisationsudviklingsmetode med fokus på relationel kapacitet og koordinering. Denne tilgang fremhæver de kvaliteter, der understøtter evnen til at løse komplekse opgaver i fællesskab.

I relationel koordinering er kendskab centralt og det har været bærendende for projektets resultater. Tilgangen har fokus på arbejdsprocesser frem for organisering. Det centrale er, at de professionelle i en arbejdsproces prioriterer relationer til samarbejdspartnere med udgangspunkt i den samlede opgaveløsning. Metoden er særligt velegnet i sammenhænge, hvor flere aktører på tværs af fagligheder og sektorer er gensidigt afhængige af hinanden. Her bidrager en forstærkende proces af kommunikation og relationer til at integrere opgaver på tværs.

Relationel koordinering harmonerer dermed med ideologien bag samarbejdsaftalen. Nationale og internationale studier viser desuden, at anvendelsen af metoden i forandringsprocesser har en positiv effekt på organisatorisk performance, bl.a. ved at styrke kommunikation og koordinering.

I projektet har vi arbejdet med følgende centrale elementer i relationel kapacitet/koordinering: Kendskab, Delte mål, Fælles viden, Gensidig respekt, Hyppig, rettidig og præcis kommunikation og Fælles problemløsning.

Organisering

For at sikre beslutningskraft og lokal forankring indgik kommunale chefer på børne- og familieområdet i Albertslund, Brøndby, Dragør, Glostrup, Hvidovre, Høje-Taastrup, Ishøj, Tårnby og Vallensbæk et partnerskab med centerchef og enhedsleder fra BUC.

Partnerskabet har mødtes tre gange årligt og haft til opgave at definere og skabe konsensus om projektets målsætninger, lokale tilpasninger og forankring.

En smal projektstyregruppe bestående af projektejer, en regionsrepræsentant, en kommunal repræsentant samt projektlederen har varetaget den daglige projektstyring.

Partnerskabet besluttede, at projektet skulle fokusere på netværksdannelse med vægt på relationsopbygning og vidensdeling på tværs – sideløbende med implementeringen af tre prioriterede indsatser:

- Koordineret Indsats på Tværs (KIT)
- Forebyggelse af selvmordsadfærd gennem uddannelse af kommunale videnspersoner
- Støtte til overgangen fra ung til voksen

Herudover har projektet prioriteret vidensdeling om inkluderende læringsmiljøer og arousalregulering, tværkommunal erfaringsudveksling vedrørende etablering af lettilgængelige behandlingstilbud til børn og unge i psykisk mistrivsel samt bidraget til udviklingen af anbefalinger for tværgående indsatser målrettet spæd- og småbørn af forældre med alvorligt psykisk sygdom.

Prioriterede indsatser

Koordineret Indsats på Tværs (KIT) er en samarbejdsmodel, der i tværsektorielle forløb sikrer fremdrift og kontinuitet omkring udvekslingen af relevant information om barnet/den unge i egen organisation og mellem de to sektorer. KIT bygger videre på Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer for psykiatrien på børne- og ungeområdet og er udviklet, afprøvet og justeret tæt på praksis i et partnerskab mellem flere kommuner og afsnit af BUC. KIT adresserer centrale elementer fra samarbejdsaftalen, herunder

tværsektorielle netværksmøder, henvisninger, underretninger, ambulant udredning og behandling, indlæggelser og udskrivelser.

Indsatsen indebærer bl.a. arbejdet med rollen som ansvarlig kontaktperson samt udvikling af redskaber, skabeloner og guides, der sikrer et systematisk og tæt samarbejde på tværs af kommuner og region. Implementeringen varetages af kommunalt nedsatte implementeringsteams med ledere og nøglemedarbejdere. I samarbejde med KIT-konsulenter fra BUC udarbejder og tilpasser de arbejdsgangsbeskrivelser, som skal understøtte en koordineret indsats på tværs.

Forebyggelse af selvmordsadfærd. Denne indsats tager afsæt i fælles retningslinjer for en koordineret og tværsektoriel indsats for børn og unge med selvmordsadfærd, udarbejdet af en tværsektoriel arbejdsgruppe fra samordningsudvalget i planområde Byen.

Hver kommune har udpeget et antal nøglemedarbejdere som videnspersoner inden for selvmordsforebyggelse. De har modtaget undervisning af eksperter på området samt deltaget i temadage med nøglemedarbejdere fra Kompetencecenter for Selvmordsforebyggelse og den psykiatriske akutmodtagelse på BUC. Efter endt uddannelsesforløb kan videnspersonerne støtte og sparre med kommunens personale, der arbejder med børn og unge i risiko, samt opretholde en tæt kontakt til Kompetencecenter for Selvmordsforebyggelse og BUC.

Overgangen fra ung til voksen. I projektets afdækkende fase blev det tydeligt, at alle kommuner i partnerskabet allerede havde veldefinerede arbejdsgange for at støtte unge med psykiatriske vanskeligheder og støttebehov i overgangen til voksenlivet. Arbejdsgangene tilpasses løbende lokalt, og derfor besluttede partnerskabet at fokusere på udviklingen af borgerrettet informationsmateriale, som kan skabe overblik og støtte de unge og deres familier i overgangen.

Vidensdeling og temadage. Som et tværgående fokusområde har projektet gennemført temadage for specialiseret, tværgående og lærerfagligt personale. Temadagene har haft fokus på sansebearbejdning og støtte til arousalregulering hos børn og unge med deltagelsesudfordringer – fx i forbindelse med undervisning eller behandling. Projektet har ligeledes afholdt informationseftermiddagen med oplæg og erfaringsudveksling om etablering af lettilgængelige behandlingstilbud til børn og unge i psykisk mistrivsel.

Leverancer

I overensstemmelse med projektets formål og prioriteringer er der gennemført en række initiativer, som har styrket tværsektorielt kendskab, relation, kompetencer og videnskapacitet:

- Etablering og facilitering af netværksfora på flere niveauer i partnerskabet
- Afholdelse af netværksdage med fagligt indhold for chefer, ledere og medarbejdere fra alle kommuner og BUC
- Facilitering af KIT-implementering
- Uddannelsesforløb og temadage for videnspersoner i selvmordsforebyggelse
- Etablering af netværk for videnspersoner på tværs af kommuner
- Udvikling af lokalt tilpasset informationsmateriale om selvmordsforebyggelse
- Udbredelse af materiale og synliggørelse af videnspersonernes rolle i kommunerne
- Informationsmateriale målrettet unge i overgangen fra børne- og ungdomspsykiatri til voksenpsykiatri, oversat til arabisk, engelsk, farsi, tyrkisk og urdu
- Temadage om sansebearbejdning og arousalregulering for behandlere, kompetencecentre, støtte- og kontaktpersoner, PPR-medarbejdere samt fagfolk fra skoler og dagtilbud
- Afsluttende netværksdag i september 2025 med fagligt indhold, debat og idéudvikling om fremtidige indsatser.



Resultater og effekt

Projektet har styrket den relationelle kapacitet og fremmet netværksdannelse på tværs af kommuner og region gennem fælles faglige aktiviteter, partnerskaber og temadage.

En evaluering af en af netværksdagene viste, at:

- 73,5 % af deltagerne oplevede øget kendskab til de forskellige organisationers arbejde med børn og unge med psykisk sygdom

- 94,2 % vurderede, at de havde etableret relevante relationer til medarbejdere i en anden organisation

Evalueringen af uddannelsesforløbet for videnspersoner i selvmordsforebyggelse viste, at alle deltagere fandt forløbet både indsigtsgivende og anvendeligt i praksis. En deltager beskrev oplevelsen således:

"Jeg gik hjem med en større ro og ikke så udpræget nervøsitet for at agere."

Efterfølgende rapporterede 71 % af videnspersonerne, at flerkommunal deltagelse i uddannelses- og temadage havde styrket implementeringen af retningslinjerne for en koordineret og tværsektoriel indsats. En deltager udtrykte det sådan:

"At dele viden på tværs vil altid være godt – det føles også trygt at vide, at det ikke kun er en enkelt kommune, der har deres eget lille fokus på selvmordsforebyggelse. Det er godt at sparre med de andre og høre om, hvordan andre kommuner gør."

Målopfyldeelse

Partnerskabets målsætning om at øge implementeringsgraden af de tre prioriterede indsatser på tværs af sundhedsklyngens parter vurderes opnået, status pr. august 2025 er illustreret i figur 1 og kort beskrevet herunder

Figur 1: Status: August 2025		Partnerskabets organisationer									
Delprojekter		Albertslund	Brøndby	Dragør	Glostrup	Hvidovre	Høje Taastrup	Ishøj	Tårnby	Vallensbæk	BUC
Koordineret Indsats på Tværs (KIT)											
Forebyggelse af selvmordsadfærd											
Overgang fra ung til voksen											
Børn af forældre med alvorlig psykisk sygdom		Indgår i arbejdsgruppe, Sundhedsklynge Midt									
Børn og unge, der er anbragt		Afventer rapport fra Komponent via Sundhedsklynge Byen									
Unge med psykisk sygdom og misbrug		Ny forløbsbeskrivelse for børn og unge med psykoselidelse & den nye psykiatriplan									
Sansebearbejdning og inklusion						x			x	x	x
Farvekoder											
Uafklaret		Implementering afvist for projektperioden		Implementeringsforløb er planlagt		Implementeringen er påbegyndt		Fuldt implementeret			

- **KIT** er fuldt implementeret på BUC samt i Glostrup og Tårnby. Brøndby, Hvidovre og Ishøj har nedsat implementeringsteams og påbegyndt implementeringsforløb. Albertslund og Høje-Taastrup har indledt samarbejde med KIT-teamet med opfølgning i foråret 2026.

- **Selvmondsforebyggelse:** Albertslund, Høje-Taastrup, Ishøj, Tårnby og Vallensbæk har fuldt ud implementeret retningslinjerne. Brøndby, Dragør, Glostrup og Hvidovre har uddannet videnspersoner og udarbejdet informationsmateriale.
- **Overgangen fra ung til voksen:** Alle parter har nedskrevne og transparente arbejdsgange, som løbende tilpasses. Dragør Kommune har en samarbejdsaftale med Tårnby Kommune på det sociale område, som anbefales revideret, så den også omfatter unge med funktionsnedsættelser i overgangen til voksenlivet.
- **Spæd- og småbørn:** BUC forventer at publicere anbefalinger for tværsektorielle indsatser for børn af forældre med alvorlig psykisk sygdom.
- **Vidensdeling:** Temadage om sansebearbejdning og arousalregulering er gennemført for tværgående faglige målgrupper i flere kommuner.

Implementeringsudfordringer

En væsentlig udfordring i implementeringen er, at en del udredninger og behandlingsforløb varetages af private leverandører som led i behandlingsgarantien. Disse aktører er ikke bekendt med samarbejdsaftalen i sundhedsklyngen, hvilket betyder, at børn, unge og deres familier kan opleve en markant forskel i koordineringen af indsatsen. Tilsvarende udfordringer ses, når udredning foregår hos privatpraktiserende psykiatere. Borgerne informeres ikke om dette forhold ved valg af andre tilbud end BUC, hvilket kan skabe ulighed i oplevelsen af sammenhæng og kvalitet i forløbet.

Konklusion

Projektet har i perioden 2023–2025 markant styrket samarbejdet mellem kommuner og region om børn og unge med psykiske vanskeligheder. Gennem implementering af fælles redskaber, systematik og netværk er der opnået en højere grad af koordination, tydeligere ansvarsfordeling og bedre muligheder for tidlig indsats.

Resultaterne viser, at:

- Fælles løsninger som KIT kan implementeres og forankres i både kommuner og BUC.
- En koordineret tilgang til selvmordsforebyggelse er både brugbar og efterspurgt i praksis.
- Arbejdet med overgangen fra ung til voksen er styrket gennem gennemsigtighed, informationsmateriale og tværsektoriel dialog.

Der er samtidig etableret en robust platform for vidensdeling og relationel kapacitetsopbygning på tværs af sundhedsklyngens parter.

Projektet har dermed lagt fundamentet for et sammenhængende, bæredygtigt og fremadrettet samarbejde, som både øger kvaliteten i indsatsen for børn og unge samt skaber et solidt afsæt for videreudvikling af sundhedsklyngens strategiske samarbejde. En central erfaring er, at selve organiseringen af projektet – med vægt på relationel koordinering og fælles læring – har vist sig bæredygtig ud over projektets løbetid. Særligt temadagene og de tværgående netværksfora har styrket relationerne mellem fagpersoner og bidraget til en fælles forståelse og tillid på tværs af sektorer. Partnerskabsgruppen planlægger at fortsætte efter projektets udløb og vil fungere som et vedvarende forum for videndeling, sparring og fælles udvikling, hvilket understøtter, at de opnåede resultater forankres og videreudvikles til gavn for både praksis og borgere.

Perspektivering

På baggrund af projektets resultater peger erfaringerne klart på behovet for at videreføre og styrke de initiativer, som har vist sig mest effektfulde. Implementeringen af Koordineret Indsats på Tværs (KIT) har skabt systematik og tydelige arbejdsgange i de kommuner, hvor indsatsen er fuldt etableret. For at sikre ensartet kvalitet og sammenhæng i hele Sundhedsklyngen anbefales det derfor, at KIT udbredes til samtlige kommuner, så alle børn og unge med psykiske vanskeligheder får adgang til koordinerede og sammenhængende forløb.

Det foreslås, at der iværksættes en informationsindsats til borgere om forskelle i samarbejdsmodeller mellem BUC og private leverandører. Derudover undersøges muligheder for samarbejdsaftaler eller minimumsstandarder med private aktører. Tiltaget skal sikre mere ensartet kvalitet og sammenhæng i forløb for børn og unge uanset valg af udbyder.

Projektet har desuden vist, at relationer og netværk mellem kommuner og region er afgørende for at opbygge tillid, dele viden og sikre en bæredygtig implementering. Derfor bør netværksdannelse og vidensdeling fastholdes og udbygges, så de etablerede samarbejdsfora fortsat understøtter koordination og tværfaglig problemløsning.

Selvordsforebyggelse har været en central indsats, og erfaringerne viser, at uddannelse af nøglepersoner kombineret med tæt praksiskobling øger både tryghed og kompetence i arbejdet med børn og unge i risiko. Det anbefales derfor, at indsatsen styrkes yderligere gennem fortsat uddannelse og systematisk vidensdeling.

Overgangen fra ung til voksen fremstår som et særligt kritisk punkt, hvor kontinuitet i indsatsen er afgørende for at undgå brud i behandlings- og støtteforløb. Partnerskabets arbejde med gennemsigtige arbejdsgange og borgerrettet materiale bør derfor videreføres og integreres som en standardiseret del af det tværsektorielle arbejde.

Endelig har projektet vist værdien af tidlig indsats og fokus på spæd- og småbørnsområdet samt inkluderende læringsmiljøer. Fremadrettet bør disse områder fastholdes som

prioriterede indsatsfelter, så børn og familier får den rette støtte tidligt, og så inkluderende praksisser i dagtilbud og skoler understøttes.

Samlet set viser projektet, at en kombination af strukturerede indsatser, netværksdannelse og kontinuerlig kompetenceudvikling skaber bedre sammenhæng og kvalitet i indsatsen for børn og unge med psykiske vanskeligheder. Implementering af disse næste skridt vil styrke både den lokale forankring og det strategiske samarbejde i hele Sundhedsklyngen.

Forventede effekter for børn, unge og deres familier

1: Øget sammenhæng i indsatsen

- Børn og unge oplever et mere koordineret forløb mellem kommuner og region, hvilket mindsker risikoen for fragmenterede eller modsatrettede tiltag.
- Forældre får klarere overblik over hvem, der har ansvar for hvilke dele af barnets forløb, hvilket skaber tryghed og forudsigelighed.

2: Styrket kvalitet i mødet med fagpersoner

- Professionelle har fælles retningslinjer og arbejdsmetoder (KIT, selvmordsforebyggelse, overgang til voksenområdet), hvilket sikrer en mere ensartet og evidensbaseret praksis.
- Øget kompetence hos nøglepersoner og behandlere forbedrer kvaliteten af indsatsen og sikrer, at børn og unge mødes med relevant støtte på rette tidspunkt.

3: Tidlig indsats og forebyggelse

- Fokus på spæd- og småbørnsområdet samt inkluderende læringsmiljøer kan føre til tidlig identifikation af behov og forebyggende tiltag, hvilket potentielt kan reducere udviklingen af større psykiske problemer senere.

4: Styrket netværk og relationer

- Børn og unge får adgang til et koordineret netværk af fagpersoner, der samarbejder på tværs af sektorer.
- For familier betyder dette, at støtte og information er mere tilgængelig og sammenhængende, hvilket kan reducere stress og usikkerhed i hverdagen.

5: Sikkerhed og tryghed i kritiske situationer

- Uddannelse af videnspersoner inden for selvmordsforebyggelse sikrer, at børn og unge i risiko får hurtig og kompetent hjælp, og at familier oplever støtte og vejledning.

6: Støtte i overgangen fra ung til voksen

- Gennemsigtige og koordinerede arbejdsgange samt borgerrettet materiale hjælper unge og deres familier med at navigere i systemet, hvilket kan reducere brud i forløb og sikre kontinuitet i behandling og støtte.

7: Øget borgerinddragelse og empowerment

- Ved at inkludere børn, unge og pårørende i udviklingen af indsatser og informationsmateriale oplever de medbestemmelse og bliver aktive deltagere i deres eget forløb.



Projekt Den gode overgang – fra indlæggelse til udskrivelse

Baggrund og politisk opdrag

Der har længe været arbejdet med at sikre en god overgang mellem kommune, hospital og praktiserende læge, så borgere oplever sammenhæng og tryghed i deres forløb. Afhængighederne i overgangen mellem sektorer varierer med borgerens problemstillinger og kompleksitet. Kendte problemstillinger og nye behandlingsmuligheder skaber nye afhængigheder. Der er derfor behov en styrket tværsektoriel opmærksomhed på det samlede patientforløb og kommunikation på tværs af sektorer. For at bevare momentum i det tværsektorielle arbejde besluttede Politisk Sundhedsklynge Syd at igangsætte projektet Den gode overgang – fra indlæggelse til udskrivelse¹.

Formålet med projektet er at opnå en fornyet og styrket fælles tværsektoriel opmærksomhed på sektorovergangene og det samlede patientforløb og koordinering i forbindelse med indlæggelser og udskrivelser, særligt når det gælder borgere med komplekse problemstillinger og multisygdom.

Afgrænsning

Projektet blev indledt med et omfattende og ambitiøst politisk opdrag, hvor prioritering og afgrænsning inden for allerede fastsatte rammer, var nødvendig for at sikre effektiv gennemførelse inden for den forholdsvis korte tidsramme. Derudover havde projektet en udfordrende organisatorisk start, hvor roller og ansvar skulle defineres klart og gensidige aftaler etableres.

For at sikre fremdrift valgte projektstyregruppen at prioritere enkelte indsatser og fokusere på konkrete, praksisnære afprøvninger for få et meningsfuldt erfaringsgrundlag, der kan danne grundlag for anbefalinger til forbedringer, der kan skabe en god overgang til gavn for borgere på tværs af sektorer.

I projektperioden blev der foretaget følgende for hver indsats:

- (1) Analyse af indlæggelses- og udskrivelsesprocessen
 - Journalaudit af indlæggelser fra plejehjem, herunder kørsel i forbindelse med indlæggelse
 - Afprøvning af virtuel visitation (i regi af Det Nationale Ledelsesprogram)
- (2) Dosisdispenseret medicin
 - Afdækning af kommunernes udgangspunkter for udbredelsen af dosisdispenseret medicin

¹ Et overblik over projektets økonomi fremgår af bilag 1.

- Afholdelse af tværsektorielt temamøde om dosispakket medicin
- (3) IV behandling i kommunalt regi
 - Afprøvning af antibiotikapumper til hjemmebehandling
- (4) Ny fælles Akutmodtagelse på Amager og Hvidovre Hospital
 - Lægefaglig journalaudit på korte indlæggelser fra plejehjem
- (5) Samarbejde om midlertidige pladser
 - Afprøvning af tværsektorielle, virtuelle konferencer (i regi af Det Nationale Ledelsesprogram)
 - Afholdelse af tværsektorielt kompetenceudviklingsforløb om den ældre, skrøbelige borger

Organisering

Den gode overgang er organiseret med projektejere, en styregruppe og diverse arbejdsgrupper – ledet af projektledere. Projektejerskabet for Den gode overgang er delt mellem Københavns Kommune, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Center for Sundhed og Rehabilitering og staben Patientforløb på Amager og Hvidovre Hospital. Københavns Kommune og Amager og Hvidovre Hospital har hver udpeget/ansat en projektleder, der ligeledes deler projektlederrollen. Styregruppen er sammensat af repræsentanter fra Amager og Hvidovre Hospital, kommunerne i Sundhedsklynge Syd, Region Hovedstadens apotek samt fra almen praksis. For at få brugerperspektivet med ind projektet har Den gode overgang valgt at inkludere repræsentanter fra Amager og Hvidovre Hospitals Patient- og pårørende panel i styregruppen.

Undervejs i projektet har projektejere og styregruppe nedsat arbejdsgrupper med ansvar for at bidrage til afprøvninger, levere fagligt input og sikre kvaliteten af projektets indhold. Disse grupper var repræsenteret fra alle sektorer og fra Amager og Hvidovre Hospitals Patient- og Pårørende panel. Derudover har Sundhedsklynge Syd besluttet at anvende Det Nationale Ledelsesprogram som ramme for arbejdet med de politiske besluttede projekter. Derfor har Den gode overgang deltaget med to teams i Det Nationale Ledelsesprogram.

Resultater

Formålet med denne afrapportering er at beskrive projektets aktiviteter og resultater samt effekten af disse, ligesom en del af afrapporteringen også omhandler projektets samlede erfaringer og læringspunkter.

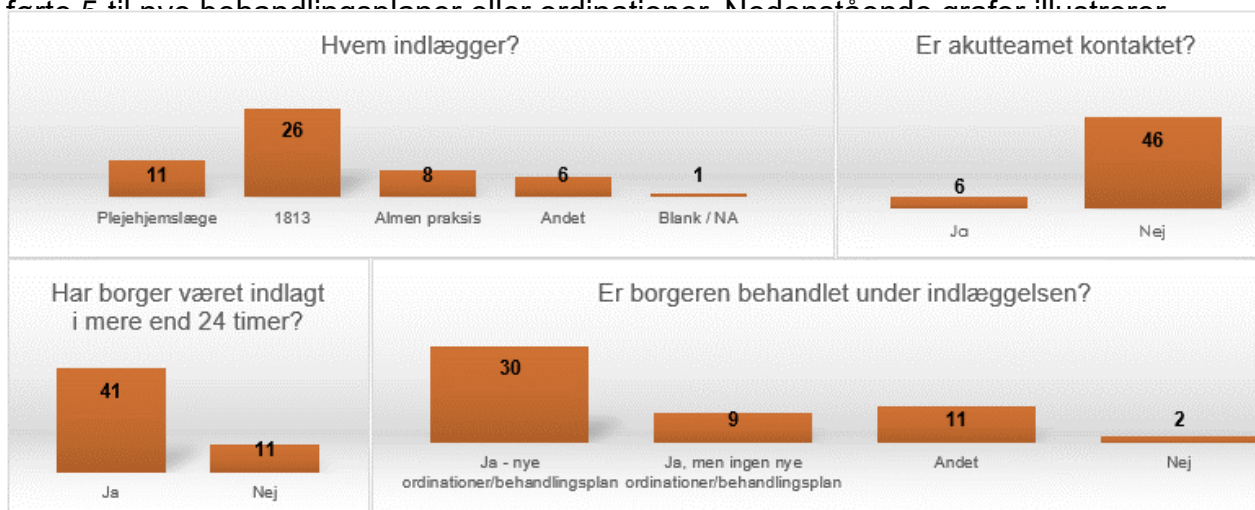
Da denne afrapportering udarbejdes inden projektets endelige afslutning, er visse afprøvninger fortsat under både afprøvning, implementering og skalering, hvilket betyder, at der endnu ikke foreligger afsluttende evalueringer af en del af indsatserne.

Analyse af indlæggelses- og udskrivelsesprocessen:

Journalaudit på indlæggelser fra plejehjem

Formålet med auditeringen er at indsamle og sammenholde data på tværs af sektorer for at afdække borgerens vej fra plejehjem til indlæggelse, herunder analyse af kørsel i forbindelse med indlæggelsen. Auditten er baseret på data fra 6 plejehjem i hhv. i København, Glostrup og Tårnby Kommune og blev foretaget i perioden november 2023 til marts 2024. Journalauditten omfatter 52 indlæggelser.

Audittens centrale resultater viser, at ud af de 52 indlæggelser blev halvdelen (26) foretaget af 1813, mens plejehjemslægen stod for 11 og almen praksis for 8. I 6 af tilfældene blev akutteamet kontaktet forud for indlæggelsen. Det blev desuden registreret, at 11 af de 52 borgere (21 %) var indlagt i under 24 timer. Af disse kortvarige indlæggelser fortsatte 5 til nye behandlingsplaner eller ordinationer. Nedenstående grafer illustrerer



Kørsel i forbindelse med indlæggelser fra plejehjem blev opgjort for C- og D-kørsler varetaget af ambulancer eller liggende sygetransporter fra de seks plejehjem til enten Hvidovre, Amager eller Glostrup Hospital. C-kørsel dækker over ambulancekørsel i liggende behandlingskrævende patienttransport med mulighed for monitorering og behandling mens D-kørsel dækker over planlagt liggende patientkørsel uden behov for behandling.

Centrale resultater vedr. kørsel:

- I 79% af kørslerne blev borgeren afhentet inden for servicevinduet på 2 timer
- Den gennemsnitlige afhentningstid var 1 time og 15 minutter
- 69% af kørslerne var i dagtimerne (kl. 07-14)

Baseret på auditeringsresultaterne blev der udarbejdet forslag og anbefalinger til forbedringer, samt opstod nye opmærksomheder, der kan være med til at skabe gode overgange til gavn for borgerne.

Forslag og anbefalinger omfatter:

- klarhed over behandlingsplaner og behandlingsansvar
- ensartet brug af akutfunktioner
- reducere indlæggelser fra 1813 idet 1813 er mindst kvalificeret til at vurdere borgerne
- fokus på samarbejde og kommunikation
- samt øget fokus på indlæggelser under 24 timer, herunder alternativer til indlæggelser og kompetenceløft.

Opmærksomhedspunkterne omfatter behandlingsniveau, forebyggelse af indlæggelser og korte patientforløb i akutmodtagelsen:

- Fokus på vigtigheden i at tage stilling til behandlingsniveau som et redskab i det tværsektorielle samarbejde for at sikre optimale patientforløb og undgå unødige indlæggelser.
- Fokus på de forskellige aktørers roller, og hvordan vi kan understøtte hinanden på tværs af fagligheder og sektorer.
- Fokus på korte patientforløb i akutmodtagelsen og sengeafdelingerne, herunder alternativer til og brugen af eksisterende aftaler, såsom 72 (nu 96) timers behandlingsansvar, mere effektivt.

Afprøvning af virtuel visitation

Formålet med virtuel visitation er at sikre, at borgere oplever en tryk og sammenhængende udskrivelse til eget hjem, hvor både borger og pårørende involveres i samarbejdet med hospital og kommune. Dertil afprøves et alternativ til eksisterende arbejdsgange, hvor udskrivningsplanlægningen primært foregår over telefonen mellem personale i henholdsvis kommune og på hospitalet, og hvor patienten og de pårørende derved ikke er en aktiv del af egen udskrivelsesplanlægning. Nogle kommuner har fysisk fremmøde på hospitalet i de tilfælde, hvor udskrivelsen er mere kompliceret.

Virtuel visitation blev afprøvet som en del af Det Nationale Ledelsesprogram og blev afviklet i samarbejde med Dragør og Københavns Kommune og lungemedicinsk afsnit og afdelingen for Ældresygdomme på Amager og Hvidovre Hospital.

Den virtuelle visitation gennemføres som et 20-minutters videomøde, hvor borger, pårørende, hospital og kommunens visitation deltager. Mødet har til formål at afdække borgerens behov for kommunal støtte efter udskrivelse. Målgruppen er borgere med komplekse behov, hvor yderligere koordinering vurderes nødvendig.

Evalueringen af virtuel visitation er gennemført via telefoninterviews med borgere og pårørende samt spørgeskemaundersøgelser og interviews med sygeplejersker fra hospitalet og visitatorer fra kommunen. Erfaringerne med virtuel visitation viser, at det er et godt alternativ til kommunalt fysisk fremmøde på hospitalet. Nedenstående af afprøvningens væsentligste fund illustreret.



Borgernes oplevelse

- ❖ Den virtuelle samtale giver indflydelse på ønsker for udskrivelsen
- ❖ Det opleves trygt at have samtalen virtuelt
- ❖ Det er givende at pårørende kan deltage



Medarbejdernes oplevelse

- ❖ Den kommunale visitation oplever bedre at kunne vurdere borgerens behov, hvilket øger arbejdstilfredsheden blandt visitatorerne
- ❖ Sygeplejersker på hospitalet ser virtuel visitation som et godt alternativ, når visitationsmøder med fysisk fremmøde ikke er muligt



Bedre udskrivelse

- ❖ Øget sammenhæng og mindsket informationsudveksling med borgere og pårørende i udskrivelsesforløbet
- ❖ Forbedre samarbejdet og tydeligere ansvarsfordeling mellem hospital og kommune. Telefonisk opfølgning er stadig nødvendig – men forventes at falde med øget erfaring med de virtuelle møder

På baggrund af de gode resultater og erfaringer er det besluttet at tilbyde virtuel visitation fortsat.

Dosisdispenseret medicin

Afdækning af kommunernes udgangspunkter for udbredelsen af dosisdispenseret medicin og afholdelse af tværsektorielt temamøde om dosispakket medicin

Det er et ønske om at øge antallet af borgere på dosispakket medicin i Sundhedsklynge Syd. Der er derfor blevet foretaget en afdækning af kommunerne i Sundhedsklynge Syds udgangspunkter for udbredelsen af dosisdispenseret medicin gennem spørgeskema. Skemaet er udsendt til alle kommuner i Sundhedsklynge Syd og er målrettet relevante medarbejdere, der har kendskab til og arbejder med dosisdispenseret medicin. Skemaet blev besvaret af i alt 135 medarbejdere og var i besvarelserne repræsentation fra alle kommuner i klyngen.

Udvalgte resultater fra spørgeskemaundersøgelsen:



Udvalgte resultater fra survey

- Flertallet oplever ledelsesopbakning og en klar målsætning om dosisdispenseret medicin
- Der opleves variation i de praktiserende lægers opbakning til dosis
- Erfaringen er, at hospitalet ved indlæggelse ofte stopper eller sætter dosis i bero. Ved ambulant kontakt fortsætter borgerne oftere på dosis



Hvad er fordelene for borgerne?

- Det er tydeligt, hvilken medicin der skal tages og hvornår
- Borgerne får og betaler kun for den medicin, de skal bruge
- Det er hygiejnisk, poserne er nemme at åbne og nemme at have med i tasken
- Der er stor tryghed i, ikke at risikere at tage for lidt eller for meget medicin

Der har dertil været afholdt et tværsektorielt temamøde om dosispakket medicin i Sundhedsklynge Syd med det formål at understøtte en fælles forståelse for det tværsektorielle arbejde om dosisdispenseret medicin samt for at få viden og redskaber til den fortsatte implementering af dosisdispenseret medicin. Ca. 60 deltog og der var repræsentation fra alle kommuner i Sundhedsklyngen, fra Amager og Hvidovre Hospital og fra apotekere.

Evalueringen af temamødet viser, at deltagerne fandt det meningsfuldt at mødes tværsektorielt om dosisdispenseret medicin, at deltagerne på mødet fik en ny fælles forståelse for arbejdet med dosisdispenseret medicin, og at de fik brugbar viden og redskaber til den fortsatte tværsektorielle arbejde med dosis uden for projektregi.

(1) IV-behandling i kommunalt regi

Der arbejdes på at igangsætte en afprøvning, der har til formål at øge antallet af borgere i IV-forløb i kommunalt regi ved at planlægge forløb, hvor relevante patienter udskrives med en aktiv ordination på IV-pumper til behandling i eget hjem. Afprøvningen er et samarbejde mellem Region Hovedstadens Apotek, Amager og Hvidovre Hospital og kommuner i Sundhedsklyngen. Relevante afdelinger og kommuner er endnu ikke fastlagt. Afprøvningen er under udvikling og forventes igangsat i efteråret 2025.

(2) Ny fælles akutmodtagelse på Amager og Hvidovre Hospital

Lægefaglig journalaudit på korte indlæggelser fra plejehjem

Der er blevet foretaget en lægefaglig journalaudit på korte indlæggelser fra plejehjem for at undersøge, hvorfor borgeren bliver indlagt, om nogle af indlæggelserne kan forebygges samt om der er alternativer til indlæggelse. Den lægefaglige journalaudit er baseret på 37 indlæggelser fra plejehjem, hvor indlæggelsen varede under 24 timer.

Journalauditten overordnet resultater viser:

- 49% af indlæggelserne vurderes nødvendige
- 54% af indlæggelserne vurderes at kunne været håndteret sub-akut
- 60% af indlæggelserne vurderes at kunne været håndteret i primær sektor
- 16% af indlæggelserne blev omlagt til ren palliativ behandling

På baggrund af audittens resultater arbejdes der videre med tværsektorielt kompetenceløft så rette kompetenceniveau sikres, med det formål, at borgere kan behandles tæt på hjem og dermed forebygges uhensigtsmæssige ind- og genindlæggelser.

(3) Samarbejde om midlertidige pladser

Afprøvning af tværsektorielle virtuelle konferencer

For at tilvejebringe en tværsektoriel model for styrket lægebetjening på midlertidige pladser har projektet afprøvet tværsektorielle virtuelle konferencer. Formålet med afprøvningen af tværsektorielle virtuelle konferencer er at styrke samarbejdet på tværs, så borgerne oplever et bedre forløb, da de midlertidige pladser som udgangspunkt ikke er lægedækket. Hensigten er, at virtuelle konferencer vil være med til at forebygge uhensigtsmæssige genindlæggelser og bidrage til et mere sammenhængende borgerforløb på tværs af sektorer. Afprøvningen sker i samarbejde med Brøndby, Hvidovre og Københavns Kommune, afdelingen for Ældresygdomme på Amager og Hvidovre Hospital og almen praksis som et led i Det Nationale Ledelsesprogram.

Målgruppen er borgere over 65 år med geriatrisk problemstilling, der har været indlagt inden for de seneste 30 dage og ikke har behov for akut lægehjælp. Konferencen varer maksimalt 15 minutter, med deltagelse af geriatrer fra hospitalet, en praktiserende læge og en sygeplejerske fra den midlertidige plads. Sygeplejerske på midlertidig plads identificerer borgere i målgruppen og initierer den virtuelle konference ved behov.

Evalueringen af de virtuelle konferencer er gennemført via et spørgeskema, som udsendes sammen med videolinket til konferencen. Alle deltagere skal besvare skemaet umiddelbart efter konferencens afslutning. Der er afholdt 21 virtuelle konferencer under afprøvningen i regi af ledelsesprogrammet. Efter afslutningen af ledelsesprogrammet er afprøvningen af de virtuelle konferencer fortsat, men der foreligger endnu ikke en opgørelse/evaluering over konferencer afholdt efter afprøvningen blev forlænget.

Afprøvningen viser, at de virtuelle konferencer bidrager til afklaring af borgerens helbredstilstand og understøtter en fælles plan på tværs af sektorer. Deltagerne oplever styrket samarbejde, og i næsten halvdelen af konferencerne vurderes det, at indsatserne



På baggrund af de positive resultater og erfaringer er afprøvningen af de tværsektorielle virtuelle konferencer forlænget. Der arbejdes desuden med at undersøge, hvordan den virtuelle løsning kan anvendes i andre sammenhænge – f.eks. på plejehjem eller på andre afdelinger på hospitalet.

Afholdelse af tværsektorielt kompetenceudviklingsforløb

Projektet har i samarbejde med Brøndby Kommune afprøvet et pilotprojekt med afholdelse af et kompetenceforløbet med *frailty* (skrøbelighed) og Clinical Frailty Scale (CFS) som ramme. Formålet med kompetenceforløbet var at styrke det tværsektorielle samarbejde til gavn for borgere og skabe et fælles sprog omkring den ældre, skrøbelige patient på tværs af sektorer for at forebygge unødvendige ind- og genindlæggelser. Omkring 120 medarbejdere fra Brøndby Kommune deltog på kurset, og kursisterne repræsenterede både diætister, ledere, sygeplejersker, aktivitets-medarbejdere og social- og sundhedsassistenter.

Erfaringerne af pilotprojektet viser, at CFS er et hurtigt og nemt screeningsværktøj, der kan anvendes som fælles sprog både internt og eksternt. Det kræver dog, at alle sektorer anvender det ensartet. Projektet har derfor igangsat en videreudvikling og skalering af kompetenceudvikling om skrøbelighed, og CFS i et tværsektorielt perspektiv. Formålet er fortsat at forebygge indlæggelser og genindlæggelser og herunder at medarbejdere kan anvende *frailty* og CFS som et fælles sprog omkring borgerens tilstand og ændringer i denne – og med afsæt i dette iværksætte relevante forebyggende handlinger i samarbejdet i overgange mellem sektorer, afdelinger og professioner.

Til at udvikle og kvalificere indholdet af de tværsektorielle kompetencedage deltager medarbejdere fra Amager og Hvidovre hospital, Brøndby kommune, Hvidovre Kommune og Københavns kommune samt en praksis konsulent i to workshop, der i større udstrækning fokuserer på det tværsektorielle og -professionelle samarbejde om skrøbelige borger/patienter og på, hvordan CFS kan forankres i de respektive organisationer. Herefter er der planlagt fem dage i efteråret 2025 til afprøvning af de fælles tværsektorielle kompetencedage – hvor der vil være deltagelse fra relevante fagpersonale fra både kommuner, hospital og almen praksis, hvis muligt.

Projektets samlede erfarings- og læringspunkter

På baggrund af projektets aktiviteter og evalueringer er der identificeret en række centrale erfarings- og læringspunkter. Disse indsigter bidrager med vigtig viden om, hvad der har fungeret godt, hvilke udfordringer der er opstået undervejs, og hvordan fremtidige indsatser kan styrkes og videreudvikles.

- **Tværsektorielt samarbejde:** Arbejdet på tværs af sektorer har vist sig at være meningsfuldt for alle involverede parter. Det har fremmet relationel koordinering, hvilket har givet et dybere organisatorisk indblik og forståelse for hinandens praksis. Dette har ført til løsninger på problematikker tæt på praksis.
- **Forskellige perspektiver:** Involvering af alle parter har gjort det muligt at se tingene fra forskellige vinkler. Dette har bidraget til en meningsfuld opgaveløsning og sikret et fælles sprog, hvilket især er med til at forbedre patientforløb.

- **Praksisnær tilgang:** Projektets praksisnære tilgang har muliggjort en række afprøvninger, som har vist sig at være nyttige i praksis. Erfaringerne viser, at tæt ledelsesmæssig opbakning har været afgørende – både under afprøvninger og i den videre skalering. Samtidig kræver opgaveløsningen en fælles forståelse og vedvarende opmærksomhed, da fokus ellers hurtigt kan skifte til andre problematikker.
- **Samarbejde med almen praksis:** Samarbejde med almen praksis er meningsfuldt, selvom det kan være logistisk udfordrende. Når almen praksis er involveret, ses forløbene i en helhed, hvilket styrker muligheden for at planlægge på tværs af sektorer med borgeren i centrum.
- **Tværasektorielle projektledere:** Det er gavnligt at have tværasektorielle projektledere med kendskab og viden om tværfagligt og tværasektorielt samarbejde samt ressourcer til at drive afprøvninger. For at sikre klinikernes deltagelse i projekter i en travl hverdag med patienter og borgere, er det essentielt at have projektledere, der fungerer som tovholdere, og som er med til at sikre at målene nås effektivt og rettidigt. Projektet har haft delt projektlederskab, hvilket har været gavnligt for at være repræsenteret af forskellige sektorer, da det delte projektlederskab har muliggjort en bredere forankring og lettere adgang til relevante aktører på tværs af sektorer.
- **Datagrundlag:** Det har været udfordrende at etablere et tværasektorielt datagrundlag, da data ikke har kunnet deles. Der er derfor behov for et fælles tværasektorielt datagrundlag

Forberedelse af implementering og skalering af indsatser

For at sikre at indsatser i *Den gode overgang* kan fortsættes efter projektets afslutning, arbejdes der med en plan, der understøtter både implementering, forankring og skalering i driften. Målet er, at projektets afprøvninger bliver til bæredygtige løsninger, som kommuner og hospital selv kan drive videre efter endt projektperiode. Projektet har vist, at tæt kobling til eksisterende strukturer og netværk er afgørende for at sikre ejerskab og forankring, derfor er der i et særligt fokus på, hvordan indsatserne integreres i den daglige drift og understøttes af ledelsen.

Forberedelsen omfatter:

- Fælles opstarts-/temamøde: Et fælles møde for at skabe fælles forståelse og engagement, hvor indsatserne præsenteres med formål, erfaringer og resultater.
- Opfølgning i hver organisationerne: Individuelle møder og besøg for at identificere behov og ressourcer og tilbyde målrettet støtte.
- Materialer og onboarding: Udarbejdelse og indkøb af nødvendige materialer samt plan for onboarding af personale.
- Afklaring af rolle og ansvar: Sikre ledelsesopbakning og nøglepersoner i hver afdeling, der er med til at sikre fremdrift og opfølgning.

Konklusion

Projektet har styrket den fælles tværsektorielle opmærksomhed på det samlede patientforløb og forbedret koordineringen ved indlæggelser og udskrivelser. Gennem journalaudits og praksisnære afprøvninger er der opnået værdifuld indsigt i arbejdsgange og fundet løsninger med effekt for både borgere og fagprofessionelle. Projektet har bidraget til øget forståelse for rammer og vilkår på tværs af sektorer og har fremmet relationel koordinering og samarbejde – afgørende for at sikre sammenhængende forløb med borgeren i centrum. Samtidig har det vist sig, at tæt ledelsesmæssig opbakning og integration med eksisterende strukturer er nødvendige for at sikre ejerskab og forankring. Der er derfor behov for en tydelig plan for, hvordan de gode løsninger videreføres efter projektets afslutning.

Bilag 1 – overblik over projektets økonomi

Projekt	Den gode overgang – fra indlæggelse til udskrivelse
Projektejer	Stine Mieth-Waldorff, afdelingsleder, Afdelingen for det Nære Sundhedsvæsen 2, Københavns Kommune Louise Søndergaard Ritzau, sektionsleder Patientforløb, Amager og Hvidovre Hospital
Startdato	Juni 2023
Slutdato	December 2025
Projektmidler tildelt i alt, kr.	5.000.000*

*Inklusive midler til den styrket indsats omkring Midlertidige Pladser

Projekt Tværsektoriel indsats om overvægt

Baggrund

Overvægt er et globalt sundhedsproblem og en kompleks tilstand, som ikke alene skyldes et overforbrug af mad eller mangel på fysisk aktivitet. En ny fremskrivningsanalyse fra 2024 foretaget af Statens Institut for Folkesundhed viser, at hver tredje af alle voksne danskere vil være svært overvægtige i år 2040.

Mennesker, der lever med svær overvægt, er i risiko for at udvikle alvorlige følgesygdomme og tilstande. Dette kan både have store økonomiske konsekvenser i forhold til behandling og tabt arbejdsfortjeneste, men også have store konsekvenser for det enkelte individ i form af f.eks. nedsat funktionsniveau, stigmatisering, social isolation, ubehag og smerter. Det gælder for både børn, unge og voksne.

Overvægtområdet udvikler sig hele tiden med nye muligheder og indsatser til behandling af svær overvægt, herunder medicinsk behandling. Konklusionen er dog fortsat, at det for langt de fleste mennesker er utrolig svært at tabe sig og særligt have et vedvarende væggtab. De bagvedliggende årsager er multifaktorielle og omfatter både individuelle og samfundsmæssige forhold. Ansvar for overvægten kan således ikke kun placeres hos det enkelte menneske, men skal i høj grad anskues som en samfundsopgave.

Projektgrundlag og organisering

Den 18. januar 2023 besluttede Politisk Sundhedsklynge Syd, at der på det somatiske område skulle prioriteres en tværsektoriel indsats om overvægt, hvor Vallensbæk Kommune skulle varetage en afdækning af børne-ungeområdet, og Hvidovre Kommune skulle varetage en afdækning af voksenområdet. Indsatsen blev efterfølgende kvalificeret i Faglig Sundhedsklynge Syd d. 15. marts 2023.

Projektperioden var på 1 år, fra januar 2024 til januar 2025. Dertil er givet 6 måneders forlængelse, da Politisk Sundhedsklynge Syd har ønsket at anvende ubrugte midler i projektet på børne- og ungeområdet.

Resultatet af afdækningen er samlet i kataloget *"Tværsektoriel indsats om overvægt – Styrket samarbejde for en fælles indsats mod overvægt i Sundhedsklynge Syd"*.

Projektorganiseringen har omfattet en fælles projektstyregruppe bredt funderet i både almen praksis, kommune og hospitalsregi. Derudover har der i hele processen været et løbende samarbejde mellem Vallensbæk Kommune og Hvidovre Kommune.

Formål

Med kataloget har Sundhedsklynge Syd ønsket at få afdækket, hvilke tilbud der findes på overvægtområdet – herunder hvilke ressourcer der anvendes, kvaliteten og effekten af tilbuddene samt de forskellige sektors roller. Det er et redskab til en videre drøftelse i Sundhedsklynge Syd med henblik på at finde de bedste løsninger til at forebygge og behandle overvægt samt et bidrag til en grundig tværkommunal og tværsektoriel drøftelse af, hvad Sundhedsklynge Syd kan og vil på dette område.

Metode

Kataloget er produktet af en omfattende dataindsamling i perioden fra januar til juni 2024, forankret i Sundhedsklynge Syd, og et tæt samarbejde med relevante fagpersoner og interessenter på tværs af sektorer samt personer, der lever med overvægt.

Følgende data blev indsamlet på børn-, unge- og voksenområdet:

<u>Dataindsamling</u>	
Baggrundsviden	• Desk research • Deltagerobservation på udvalgte kommunale tilbud • Kontakt til myndigheder og organisationer/ foreninger, der beskæftiger sig med overvægt
4 online spørgeskemaundersøgelser	• Almen praksis: 85 svar • Familier: 19 svar • Sundhedsplejer, CBUS + Hospitaler • Kommunerne
47 semistrukturerede interviews	• Almen praktiserende læger, sundhedsprofessionelle, mennesker og familier, der lever med overvægt • Styrelse og NGO'er

Spørgeskemaer og interviewguides er blevet kvalificeret med sparring fra projektstyregruppe og sundhedsprofessionelle.

Resultat

Leverancer/ produkt

Kataloget indeholder nogle generelle betragtninger på overvægtområdet samt en afdækning af børne- og ungeområdet udarbejdet af Vallensbæk Kommune, efterfulgt af en afdækning af voksenområdet udarbejdet af Hvidovre Kommune.

Kataloget giver en præsentation af forekomsten af overvægt, beskrivelse af eksisterende indsatser, hvor kvalitet, effekt og ressourcer bliver fremstillet baseret på tilgængelige data, og en analysedel, hvor udvalgte temaer og fund bliver præsenteret, efterfuldt af opsummering af opmærksomhedspunkter og anbefalinger til det videre arbejde.

Resultater og målopfyldelse

Den omfattende dataindsamling i forbindelse med afdækning af den tværsektorielle indsats om overvægt har både bidraget til et større datagrundlag og værdifuld viden om de udfordringer og muligheder, der ligger i de nuværende overvægtsindsatser. Denne viden er brugt til at formulere en række opmærksomhedspunkter og anbefalinger for det fremtidige arbejde på børne-, unge- og voksenområdet.

Katalogets opmærksomhedspunkter og anbefalinger:

Børne- og ungeområdet:

- *Vidensdeling og netværksopbygning:* Fagpersoner har svært ved at henvise på tværs af tilbud på grund af manglende koordinering og overblik. Der er behov for øget kendskab til tilbud for overvægtige børn og unge, hvilket vil skabe bedre sammenhæng i indsatsen. Kompetenceudvikling og netværk med fokus på henvisningsveje, vægtstigmatisering og best practice vil sikre hurtig og smidig henvisning samt en koordineret indsats for familier.
- *Overblik og vedligeholdelse af tilbud:* Fagpersoner har svært ved at navigere i forskellige kommunale og regionale tilbud, da få tilbud anvender en fælles kommunikationsplatform. En samlet metode til overblik over tilbud vil gøre det nemmere at vejlede familierne i de mange muligheder.
- *Helhedsorienteret tiltag og håndtering af vægtstigma:* Kommunikationen om overvægt og brugen af vejning varierer meget mellem tilbuddene, hvilket bekymrer sundhedsprofessionelle. Der er behov for at integrere mental sundhed i alle tilbud med fokus på trivsel frem for vægttab. Dette vil mindske skyldfølelse og skam hos familierne og skabe bedre støtte.
- *Udvikling af en minimumsmodel:* Tilbud for overvægtige børn og unge varierer mellem kommuner, både i metoder og evaluering, hvilket gør det svært at sikre lighed i behandling. En standardiseret minimumsmodel vil sikre ensartede tilbud og bedre rekruttering af familier på tværs af sociale baggrunde. Dette vil skabe lettere henvisningsveje og adgang til effektive tilbud for alle.
- *Udvikling af en fælles ramme:* Der mangler klare aftaler om rollefordeling mellem kommuner, hospitaler og læger i forhold til behandling og forebyggelse. Bedre

tværsektorielt samarbejde vil gøre det lettere for familier at navigere i systemet og få koordineret støtte.

- *Strukturelle tiltag:* Der er behov for strukturelle ændringer som begrænsning af usund mad og regulering af skærmtid i institutionerne. Ressourcestærke familier har bedre adgang til sund mad og motion, så politiske værktøjer som bevægelsesincitamenter og antimobning-strategier kan skabe et sundere miljø for børn og unge.

Voksenområdet:

- Tydelig lovgivning og guidelines på området mangler. Der er behov for en tværsektoriel forløbsbeskrivelse af svær overvægt for at lette det tværsektorielle arbejde og skabe gennemsigtighed i tilbuddene. Herunder bør der være en identificering af hvilke målgrupper, som sundhedsvæsenet skal fokusere på og hvor længe.
- Halvdelen af kommunerne i Sundhedsklynge Syd har ikke tilbud til mennesker, der lever med svær overvægt, hvor overvægt er den primære henvisningsårsag. Der er behov for, at alle kommuner har et tilbud til de definerede målgrupper med svær overvægt. Tilbuddet kan individualiseres, men sundhed bør være det primære fokus. Vægt og vægttab kan bruges som pejlemærke, men kan ikke stå alene, og det er vigtigt også at fokusere på andre sundhedsparametre, herunder mental trivsel, smerte eller fysisk funktion mm.
- Medicin til behandling af svær overvægt eller til vægttab er hurtigt blevet udbredt i det danske samfund, og der vil i fremtiden komme endnu flere præparater på markedet. Det er problematisk, når medicinen står alene, og bør altid suppleres med kostændring og motion samt følges af en læge. Der er behov for, at Sundhedsstyrelsen og Lægemiddelstyrelsen præciserer, hvem medicinen skal udskrives til og tydeliggør det offentlige sundhedsvæsenes rolle og opgave.
- Forebyggelse af overvægt og svær overvægt er særdeles komplekst. Forskning peger på, at effektiv forebyggelse af risikoadfærd kræver både virkemidler rettet mod den enkelte og indsatser, hvor de strukturelle forhold, lovgivning, fysiske rammer samt det sociale netværk, kommer i spil. Der mangler viden om hvilke forebyggelsestiltag, der reelt virker og for hvem, og der er fortsat behov for at udbygge vidensgrundlaget for effektiv forebyggelse af overvægt i en praksisnær kontekst.

Effekt evaluering for slutbruger/ borger

I forlængelse af kataloget er der for projektets restmidler blevet igangsat to centrale spor på børne- og ungeområdet: vidensdeling og netværksopbygning samt overblik og vedligeholdelse af tilbud.

1. Vidensdeling og netværksopbygning

Netværksopbygning og vidensdeling blev for alvor sat i gang gennem den første faglige salon, hvor kommunale og regionale aktører samt andre interessenter mødtes på tværs af sektorer. Her blev der skabt en ramme for at udveksle erfaringer, drøfte vægtneutral sundhed, vægtstigmatisering, rekruttering af udsatte familier, evaluering af eksisterende tilbud og begyndende tanker om en fælles tværsektoriel ramme for behandling af børn og unge med overvægt.

Flere kommuner gav efterfølgende udtryk for, at de ønsker at fortsætte et tværkommunalt netværk, og nogle har allerede taget teten på at etablere dette. For borgerne betyder det, at fagfolk i højere grad taler sammen, koordinerer og deler viden, hvilket øger sandsynligheden for, at familier møder en mere ensartet, tryk og sammenhængende indsats – uanset hvilken indgang til systemet de starter med.

2. Overblik og vedligeholdelse af tilbud

Der blev udviklet konkrete anbefalinger til systematisk at gennemgå og vedligeholde overblik over egne tilbud i den enkelte kommune. Derved at stille sig selv spørgsmål som; Har vi information om tilbuddet på hjemmesiden? Hvordan beskriver vi indsatsen og italesætter overvægt? Hvem kan man kontakte?

Kommunerne har nu til opgave at integrere værktøjet i deres praksis, så der altid findes et aktuelt og tilgængeligt overblik over tilbuddene. For borgerne betyder det, at det bliver lettere at finde frem til de rette tilbud, forstå hvad de indeholder, og komme hurtigt i kontakt med de relevante fagpersoner. Det reducerer risikoen for at føle sig som en "kastebold" mellem systemer og giver familier en mere overskuelig vej ind til den støtte, de har brug for.

Samlet set blev der gennem de to spor taget vigtige første skridt til at styrke samarbejdet på tværs af sektorer, skabe bedre transparens i tilbuddene og sikre, at børn, unge og deres familier i højere grad oplever et sammenhængende sundhedssystem, hvor de får den rette hjælp på det rette tidspunkt.

Proces evaluering

Evaluering af interessentinddragelse

Under udarbejdelsen af kataloget er der løbende taget kontakt til myndigheder og andre organisationer/ foreninger, der beskæftiger sig med overvægt. Der er bl.a. taget kontakt til Sundhedsstyrelsen, Dansk Selskab for Almen Medicin, Adipositasforeningen, Nationalt

Center for Overvægt og Center for sundt liv og trivsel. Inddragelse af interessenter har både bidraget til at kvalificerer fund og til at nuancere resultater fra det indsamlede datamaterialer.

Det har desuden været centralt at inddrage personer, der lever med overvægt, og fagfolk, for at få deres erfaringer og perspektiv på overvægt. Det er gjort gennem interviews og spørgeskemaundersøgelser.

Evaluerings af organisering/ interessenter

Projektet har været forankret i Sundhedsklynge Syd, og er udarbejdet med sparring fra en projektstyregruppe og et samarbejde med relevante fagpersoner og interessenter på tværs af sektorer. Den brede involvering har bidraget med forskellige perspektiver og nuancer, hvilket har været meningsfuldt i afdækningen af et så komplekst område.

Afdækningen af overvægtsområdet og kataloget er blevet opdelt, så Vallensbæk Kommune har varetaget børne-ungeområdet, mens Hvidovre Kommune har varetaget voksenområdet. Der har løbende været et samarbejde mellem kommunerne.

Samlet konklusion

Perspektivering med bæredygtighed/ vurdering af langtidsholdbarhed

De to igangsatte spor på børne- og ungerådet har styrket vidensdeling, etableret et første netværk og givet kommunerne et værktøj til systematisk at skabe overblik over egne tilbud. Det har allerede forbedret forudsætningerne for, at børn, unge og deres familier møder mere sammenhængende og tilgængelige sundhedstilbud.

For at sikre langsigtet bæredygtighed og et mere ensartet kvalitetsniveau i Sundhedsklyngen Syd er anbefalingen at udvikle en minimumsmodel for "best practice". En sådan model vil: 1) sikre, at alle børn og unge – uanset bopæl – får adgang til effektive og sammenlignelige tilbud, 2) skabe et fælles fagligt afsæt på tværs af kommuner og sektorer, 3) understøtte rekruttering og fastholdelse af familier med forskellige sociale baggrunde, og 4) være et robust fundament for det tværsektorielle samarbejde.

Uden videreførelse er der risiko for at miste momentum og at den viden og de relationer, der nu er skabt, ikke omsættes til varige løsninger. En investering i en minimumsmodel vil derfor være det mest strategiske skridt for at sikre både borgernes trivsel og en langtidsholdbar indsats mod overvægt i Sundhedsklyngen Syd.

På voksenområdet er der behov for tydeligere lovgivning og klare nationale retningslinjer for overvægtsområdet. Dette er afgørende for at sikre langtidsholdbare og bæredygtige indsatser med effekt for borgerne.

Der bør udarbejdes en tværsektoriel forløbsbeskrivelse, som kan understøtte samarbejdet på tværs af sektorer og skabe gennemsigtighed i de eksisterende tilbud. Samtidig er der behov for en tydelig identificering af, hvilke målgrupper sundhedsvæsenet skal fokusere på i indsatserne og hvor længe.

Det er essentielt, at alle kommuner i Sundhedsklynge Syd har et tilbud til de definerede målgrupper med svær overvægt, hvor sundhed og livskvalitet er det primære fokus.

I et langsigtet perspektiv er der desuden behov for mere viden om, hvilke forebyggelsestiltag der virker for hvilke målgrupper. Der er fortsat behov for at styrke det praksisnære vidensgrundlag for effektiv forebyggelse af overvægt.

Hvad har vi lært?

Det videre arbejde har bl.a. bidraget med følgende perspektiver:

- *Små indsatser skaber stor effekt*
Selv lavthængende frugter – som fx at sikre, at tilbuddene findes og beskrives på kommunens hjemmeside – gør en mærkbar forskel for både fagfolk og borgere.
- *Der er et tydeligt engagement blandt fagfolk*
Når rammerne for samarbejde sættes, tager fagpersoner ejerskab og viser stor interesse for at udvikle og fortsætte netværk på tværs af kommuner og sektorer.
- *Best practice*
Variation i tilbuddene viser, at en minimumsmodel for "best practice" er afgørende for at sikre ensartet kvalitet og lige adgang til hjælp for alle børn og unge – uanset kommune.
- *Momentum skal fastholdes*
Processen har vist, at relationer og viden hurtigt kan gå tabt, hvis der ikke planlægges en klar videreførelse.

Projekt: Implementering af samarbejdsaftale om voksne med psykisk sygdom

Beskrivelse

Koordinering af indsatser på tværs af kommuner og den regionale psykiatri er beskrevet i "Samarbejdsaftale om voksne med psykisk sygdom". Herunder, at den primære samarbejdsform er afholdelse af tværsektorielle netværksmøder med brug af en fælles skabelon.

På tværs af sektorerne er der et ønske om at få konkretiseret og højnet kvaliteten i de tværsektorielle netværksmøder ved at udbrede viden om og forståelse af samarbejdsaftalen og tværsektorielle netværksmøder.

På et ekstraordinært møde i den politiske Sundhedsklynge Syd den 26. april 2023. [Referat PSK syd 26. april.pdf \(regionh.dk\)](#) blev det besluttet, at der skulle iværksættes et projekt, som skal konkretisere og implementere samarbejdsaftalen.

Projektets formål

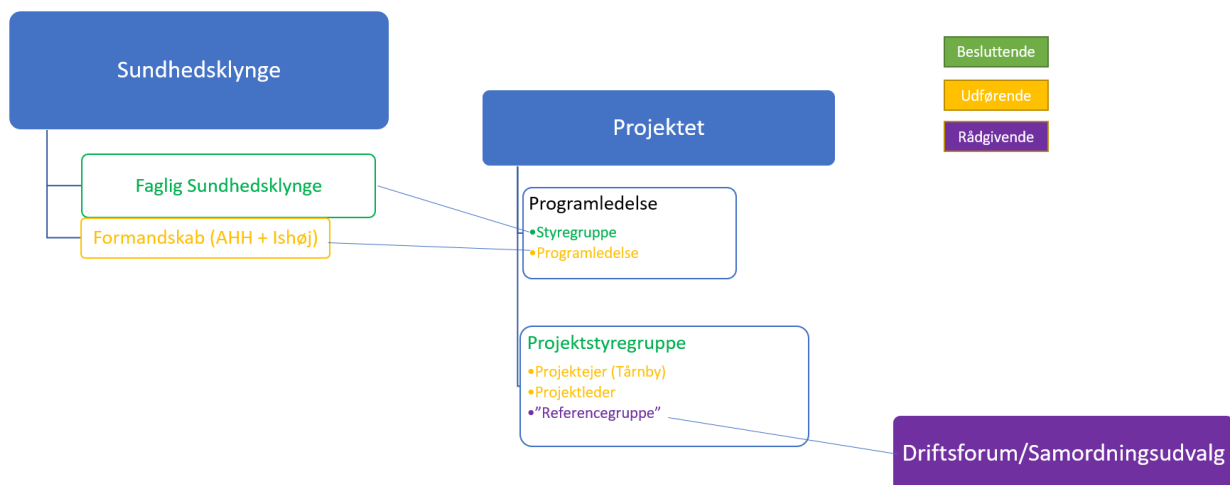
Øge viden om tværsektorielle netværksmødernes potentiale og formål. Så det sikres,

- at de nødvendige møder afholdes, og at de enkelte netværksmøder har et klart formål.*
- at det tværsektorielle netværksmøde bidrager til koordination på tværs med udgangspunkt i borgeren/patienten.*

Projektorganisationen

Projektets organisering er illustreret i nedenstående figur, der viser, hvordan ansvar for henholdsvis ledelse, daglig styring og udvikling er placeret i projektet.

Figur 1: Projektets organisering



Deltagere i projektstyringsgruppen er:

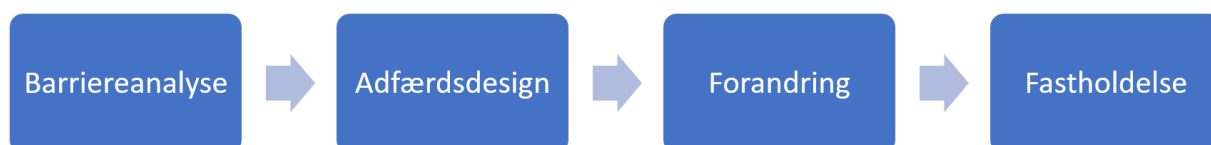
- Styrelseformand og projekter: Tårnby Kommune v/ Centerchef
- Gevinster: Kommunerne Rødovre, Ishøj og Tårnby v/ relevante centerchefer
- Gevinster: Region Hovedstadens Psykiatri v/ Centerchef for Psykiatrisk Center Glostrup
- Gevinster: PLO-H v/ praktiserende læge i Ishøj Kommune
- Gevinster: Bruger- og pårørenderepræsentant

Kort om projektet

Projektets leverance var at skabe et kompetenceforløb i anvendelse af tværsektorielle netværksmøder. Med det formål at øge kvaliteten i de tværsektorielle netværksmøder. Kompetenceforløbet var for medarbejdere i kommuner, hvor de tværsektorielle netværksmøder ønskes at få en mere fremtrædende plads i samarbejdet. Forløbet er tilrettelagt ud fra, at der ønskes en ændret adfærd.

Projektet var derfor anlagt ud fra, at der skal ske en implementering i hverdagen. Derfor er metoden hverdagsimplementering valgt. Det er en metode, hvor medarbejderne udvikler nye kompetencer tættere på den hverdag, hvor der skal ske en forandring. Dette sker gennem fire faser, der sikrer et fokus på både før, under og efter i forandringsprocessen og samtidig sikrer fokus på medarbejderinddragelse og tæthed til driftens hverdagspraksis. Tilrettelæggelsen af projektet fulgte nedenstående model for forandringsprocesser.

Figur 1: Forandringsprocessen, (kilde: Implement)



Adfærdsdesign og forandringerne skal drives som prøvehandling. Metodikken er inspireret af forbedringsmetodens fokus at forbedre den faglige, brugeroplevede og organisatoriske kvalitet ved at lukke eller reducere afstanden mellem den ønskede og nuværende kvalitet.

Det er centralt i forbedringsarbejdet, at idéer udvikles, afprøves og tilpasses løbende af de medarbejdere, som møder borgerne. På den måde sikres, at idéerne er mulige at gennemføre og kan indarbejdes i de daglige rutiner.

På baggrund af metoden blev forløbet tilrettelagt ved fem faser:

1. Afdækning af barrierer og gevinster, workshop 1.
2. Identificere prøvehandling, workshop 2 og workshop 3
3. Afprøvninger (Forandring), Prøvehandling i de enkelte kommuner
4. Evaluering af prøvehandling – målopfyldelse
5. Skalering til resten klyngen

Projektet er startet op 1. oktober 2023 og afsluttes ved udgangen af 2025. Hvorefter der bliver udarbejdet en endelig afrapportering af projektet.

Deltagelse i det Nationale Ledelsesprogram

Som en supplerende del af projektet deltager hold i Det Nationale Ledelsesprogram. De to hold er:

- Ishøj Kommune og Psykiatrisk Center Glostrup
- Tårnby Kommune og Psykiatrisk Center Amager

Ishøj Kommune og Psykiatrisk Center Glostrup har fokus på borgere, som er indlagt og skal tilbage i eget hjem efterfølgende. Der arbejdes med en *“Kom godt hjem”* pakke. Hvor møderne afholdes tidligere i indlæggelsesforløbet og ikke først tæt på udskrivelse. Samt at møderne foregår digitalt.

Indsatsen videreføres og udvides med inddragelse af F-ACT Ishøj med henblik på konsolidering af indsatsen og klargøre det en mulig skalering.

Tårnby Kommune og Psykiatrisk Center Amager har fokus på borgere i F-ACT (ambulant), som også har indsatser flere steder i kommunen: Jobcenter, hjemmepleje og sociale indsatser. Der arbejdes på, at F-ACT tidligt afdækker borgerens aktørlandskab. Her foretages en social screening af borgeren, så snart denne kommer i F-ACT.

Afprøvningen hænger sammen med indsatsen: Omlægning af behandlingen af borgere med ikke-psykotiske lidelser. Jobcenteret i Tårnby Kommune er indgangen for F-ACT. En medarbejder i Jobcenteret forestår herefter koordinering i at få iværksat et tværsektorielt netværksmøde.

Uddybning af indsatserne er foldet ud i bilag: Overblik over initiativer i det Nationale Ledelsesprogram

Resultat – det nytter

Evaluering af projektets baseline viser, at der i løbet af det år, som projektet har løbet, er kvaliteten af de tværsektorielle netværksmøder øget i de tre referencekommuner: Rødovre, Tårnby og Ishøj

Projektet arbejder med følgende målsætninger, som er formuleret i fællesskab med de tre kommuner:

- Øge oplevelsen af et godt netværksmøde
- Meningsfulde netværksmøder for alle parter ved, at møderne er målrettet borgerens behov
- Borgeren oplever ligeværd og tryghed ved inddragelse i eget forløb
- Fælles ansvar for deltagelse og dagsorden, så der opnås ens opfattelse af mødets formål

Medarbejderne er i de tre kommuner blevet spurgt ind til disse mål ved projektets start primo 2024 og igen primo 2025. På alle fire mål er der sket en markant forbedring:

- Oplevelsen af et godt netværksmøde blev øget fra 18,3 pct. til 68,8 pct.
- At netværksmøderne er meningsfulde for alle parter ved, at møderne er målrettet borgerens behov blev øget fra 32,8 pct til 62,5 pct.
- Borgerens oplevelse af ligeværd og tryghed ved inddragelse i eget forløb blev øget fra 21,9 pct til 77,1 pct.
- Etablering af et fælles ansvar for deltagelse og dagsorden og dermed ens opfattelse af mødets formål steg fra 69,7 pct. til 91,7 pct.

Hvorvidt projektets arbejde med tværsektorielle netværksmøder har haft en isoleret virkning på kvaliteten af de afholdte tværsektorielle netværksmøder, kan der ikke entydigt konkluderes. Dette fordi der generelt er arbejdet med de tværsektorielle netværksmøder i andre regi, som også kan have en indvirkning på kvaliteten i afholdelse af tværsektorielle netværksmøder.

Skalering til øvrige kommuner i Sundhedsklyngen:

Skaleringen var planlagt til at ske i perioden 1. januar 2025 – 30. september 2025. Forløbet består af en workshop med deltagelse på tværs af kommunen og efterfølgende arbejde med indsatser i de enkelte kommuner.

Status for kontakten og indledning af kompetenceforløb er, at kun to kommuner udover de tre referencekommuner har taget imod tilbuddet om det udviklede kompetenceforløb.

Opsummering på forsøg på skalering

Alle kommuner er ad flere gange blevet tilbudt et forløb med workshop og efterfølgende konsulentstøtte til, at implementere og udvikle et tættere samarbejde med psykiatrien ved at i højere grad tage initiativ og anvende Tværsektorielle Netværksmøder i deres praksis.

Rekruttering af kommunerne er sket via to strategier: *Involvering* i design af kompetenceforløbet og *skabelse af en indsigt* i, at et øget fokus og arbejde med Tværsektorielle Netværksmøder i egen praksis gør en forskel.

Involvering: Kommunerne er også løbende via samarbejdsforummet for borgere med psykisk sygdom, Driftsforum Syd blevet informeret i udvikling af kompetenceforløbet. Ligesom de har givet input til hvordan et sådant forløb kan se ud. Alle kommuner er også blevet tilbudt et skræddersyet forløb, så det passer ind i deres lokale udviklingsaktiviteter.

Skabelse af indsigt: Kommunerne er via Driftsforummet blevet forelagt resultater af de to spørgeskemaundersøgelser, som i første omgang viste en række udfordringer med kvaliteten i form af den oplevede værdi af de Tværsektorielle Netværksmøder og den opfølgende, som viser at et forløb i de tre referencekommuner har øget oplevelsen af en øget værdi af de Tværsektorielle Netværksmøder, se foregående afsnit.

Dog er det dog kun lykkedes at komme ud i to kommuner til en enkelt workshop i hver kommune. Forklaringen på, afvisning fra kommunerne er generelt, at de ikke ser et behov for øge viden om Tværsektorielle Netværksmøder eller i højere grad anvende disse. Desuden opleves der ikke større problemer i samarbejdet.

Proces evaluering – konkurrence fra andre indsatser

I forhold til rekruttering af kommuner har de to strategier: *Involvering* i design af kompetenceforløbet og *skabelse af en indsigt* i, at et øget fokus og arbejde med Tværsektorielle Netværksmøder i egen praksis gør en forskel ikke har været tilstrækkelige.

Projektlederen har igennem hele forløbet oplevet, at det har været svært at rekruttere deltagere til kompetenceforløbet og er blevet mødt med, at der ikke har været set et behov for deltagernes side og travlhed generelt. Ledelsesopbakningen har været sporadisk enten grundet ledelsesudskiftning og andre prioriteter. Vi har gøre med et område, som konstant er under udvikling, mangel på medarbejdere og konstant fokus. Hvorfor dette kompetenceforløb er i konkurrence med andre projekter og indsatsområder.

Ligesom, at projektet er født i klyngesamarbejdet, har gjort det svært. Klyngen er ikke myndighed overfor parterne dvs. kommunalbestyrelse, regionsråd eller praksissektoren. Deltagelse i indsatser i regi af klyngen er at opfatte som et tilbud. Som b betyder, at kompetenceudvikling og øget anvendelse af Tværsektorielle Netværksmøder er ikke en "*skal-opgave*", men en "*kan-opgave*". Som parterne først griber, hvis de ser et behov og at behovet er så stort, at det prioriteres udover andre daglige problemstillinger.

Samlet konklusion – praksisorienteret læring virker

Metoden ved at anlægge en *praksisorienteret kompetenceudvikling* har sin succes, fordi der arbejdes konkret med afholdelse af de tværsektorielle netværksmøder sammenholdt med den daglige praksis og hverdag. Ved at gøre dette findes der frem til barrierer for at få afholdt et godt møde, som parterne skal finde løsninger på og efterfølgende implementere i egen praksis.

En anden vigtig læring, er at det er vigtigt at involvere bredt, da en borger med psykisk sygdom har mange kontaktheder med kommunen, derfor skal der rækkes bredt ud til beskæftigelse-, social- og sundhedsområdet – samt på alle områder både myndighed og udførere. Medarbejderne fra de forskellige områder har forskellige syn og perspektiver på en metode og, hvad et samarbejde skal indeholde. Hvis ikke alle er med i udvikling af konkrete løsninger, så mistes nogle perspektiver og en løsning overses.

Praksisorienteret kompetenceudvikling kan ske i en mindre skala ved blot at mødes til 1 – 2 workshops, hvor der tales om, hvad et netværksmøde konkret er, og hvad det betyder i det tværsektorielle samarbejde. Men også, hvilke barrierer er der for, at få det gjort, og på en baggrund få fundet nogle praktiske løsninger på de disse.

Kom Godt Hjem - Det Nationale Ledelsesprogram giver plads til at skabe forandring

Deltagelse i Det Nationale Ledelsesprogram er mere omfattende, men har også givet anledning til mere grundlæggende at ændre praksis ved, at indkalde til tværsektorielle netværksmøder tidligere. Der er således lagt et kim at fortsætte med at udvikle på et koncept for, hvordan en borger gribes bedre i overgangen fra indlæggelse til støtte eget hjem.

Der er således stor opbakning fra deltagende parter i at få "Kom Godt Hjem" pakken konsolideret og udbredt til andre kommuner og resten af psykiatrien. Hvilket det arbejdes på resten af 2025.

Hvad siger borgeren?

Interviews med borgere i forbindelse med afprøvning af ny praksis har været positive. Den tidlige kontakt og alle parter er med giver borgeren tryghed allerede fra start af et forløb. Desuden har digital afholdelse været godt, da det er føles mindre belastende for den syge borger end fysisk fremmøde af flere behandlere.

Nedenstående er gengivet nogle udsagn fra borgere, som har deltaget i et tidligt koordinerende tværsektorielt netværksmøde.

Alle fagligheder er repræsenteret på mødet og man kan tale sammen om ens sag. Det er rigtig godt at man kan tale sammen.

Det gav mening at alle relevante kompetencer var til stede under mødet og kunne byde ind ift. sagen

Netværksmøde var godt og det var nemt at få talt sammen, når alle var der

Nemt at få afklaret spørgsmål, når alle var samlet. Det gav en positiv forventning til at det bliver bedre i fremtiden

Bilag: Overblik over initiativer i det Nationale Ledelsesprogram

Tabel 1: Overblik over initiativer i Det Nationale Ledelsesprogram

Team	Indsats	Formål	Målgruppe	Afprøvning	Organisering	Skalering i efteråret
Tårnby og PCA	Tidlig kontakt og koordinering.	Opnå en tidlig afdækning af aktørlandskabet omkring fællesborgeren Afdækningen skal medvirke til hurtig kontakt og koordinering aktørerne imellem. Initiativet er vigtigt for at fritage borgeren for ansvaret for at koordinere aktørerne imellem. Det er forventningen at en tidligere kontakt og koordinering mellem borger og aktører vil sikre indsatserne ikke modarbejder hinanden og i stedet understøtter et sammenhængende forløb for borgeren.	Borgeren der indskrives i hhv. F-ACT (PCA) og i Tårnby Kommune hhv. Rehabilitering, Omsorg og Sundhed, Beskæftigelsesindsats og Sociale Indsatser og Udvikling (3 centre). Initiativet er en del af afprøvning af 'Tværsektorielle F-ACT-behandling af borgere med ikke-psykotiske lidelser'	Efter social screening i F-ACT indhentes relevant samtykke og der sendes netværksmødeskabel on (dagsorden) og 2 datoforslag, via mail til Jobcenteret i Tårnby Kommune, som herefter er ansvarlig for at indkalde øvrige relevante aktører i kommunen. Mødet afholdes indenfor 4 uger fra indkaldelse. Der koordineres mhp. at skabe et sammenhængende forløb for borgeren. Involverede evaluerer mødet afslutningsvis. HVAD ER DET NYE? At F-ACT-teamet foretager en social screening tidligt i forløbet. Jobcenteret bliver ansvarligt for koordinering internt i kommunen.	PCA: Team 1 - Hans Bogbinders Alle (HBA) Socialrådgiver og Teamkoordinator Tårnby kommune Jobcenter (CBB) Ungecenter Tårnby job og uddannelse (UCT). Myndighed og udfører i Center for indsats og Udvikling (SIU) Visitation, Rehabilitering, Omsorg og Sundhed (ROS)	Der er et ønske om, at arbejdsgangen bruges i alle F-ACT-teams på PCA. Der er dog i skrivende tidspunkt endnu ikke indledt en proces med Københavns Kommune herom.

Team	Indsats	Formål	Målgruppe	Afprøvning	Organisering	Skalering i efteråret
Ishøj og PCG	Kom godt hjem: Tidlig kontakt mellem psykiatri og kommune	Skabe tidligere kontakt mellem psykiatri og kommune for at kunne give borgerne den rette støtte i rette tid. Dette i håb om, at det vil kunne medvirke til færre genindlæggelser i psykiatrien. En bedre oplevelse for borgeren. Herunder en oplevelse af at blive hørt, at aftaler overholdes, og at borgeren oplever forløbet som mere sammenhængende og ukompliceret trods skift mellem sektorer. At borgeren opnår en bedre livskvalitet. At bidrage til at skabe et mere effektivt og tillidsfuldt behandlingsforløb for borgeren.	Ishøj borgere, som indlægges i psykiatrien, som enten har et forløb i kommunen eller vurderes til, at skulle visiteres til et forløb i kommunen efter udskrivning.	Tidlig kontakt: Når enten kommune eller psykiatri får en borger i målgruppen, tages der kontakt til den anden part med henblik på etablering af et tværsektorielt netværksmøde. Netværksmøder afholdes indenfor de første 2 – 3 uger under indlæggelse og digitalt. HVAD ER DET NYE? Det tværsektorielle netværksmøde lægges før i forløbet. Afholdes digitalt.	PCG: Alle sengeafdeling er undtagen akut. Ishøj Kommune Myndighed Sociale udførere	Der ønskes en inkludering af F-ACT Ishøj på de tidlige og digitale møder. Så de også på et tidligt tidspunkt sammen med Ishøj Kommune kan tilrettelægge en god overgang fra indlæggelse til ambulant behandling. Der er ansøgt og modtaget penge hertil via Byg-Bro puljen.

Projekt: Den gode start på livet – fælles ammeindsats

Baggrund og politisk opdrag

Projektet står på skuldrene af et tidligere tværsektorielt projekt om ammevejledning der blev gennemført i samarbejde med *Kompetencecenter for amning 2021-2023*. Med afsæt i dette besluttede Politisk Sundhedsklynge Syd at prioritere en tværsektoriel indsats om ammevejledning. I den forbindelse blev der tildelt 2 mio. kr. til et 2-årigt projektet.

Formål

Med dette afsæt for det tværsektorielle samarbejde om ammevejledning i sundhedsklynge Syd i Region H blev et tredelt formål formuleret:

- At der i Sundhedsklynge Syd i Region H udvikles en bæredygtig og fremtidssikret tværsektoriel model for fastholdelse og udvikling af kompetencer inden for amning, som kan skaleres til andre klynger
- At øge andelen af børn, der bliver ammet fuldt ud efter 2 uger med en forventning om, at det har en positiv effekt på andelen af børn, der ammes fuldt ud i 6 måneder
- At forældrene oplever at blive godt forberedt på amningen og inddrages i det videre tværsektorielle samarbejde om amning

Organisering

Projektet blev forankret hos Patientforløb, på Amager og Hvidovre hospital med stabschef Lotte Hede som projektejer og blev organiseret med en styregruppe, en ressourcegruppe og en arbejdsgruppe – ledet af en projektleder.

Styregruppen var beslutningsdygtig og skulle bistå projektejer med at træffe beslutninger undervejs og sætte en fælles retning for indsatsen samt sikre det tværsektorielle perspektiv.

Styregruppemedlemmer:

- Projektejer Lotte Hede, Stabschef Patientforløb, Amager Hvidovre hospital
- Charlotte Winther Leder af sundhedsplejen, Amager.
- Kristina Petersen, Chef sygeplejerske Gynækologisk/obstetrisk afdeling Amager og Hvidovre Hospital
- Marika Jensen, Leder af sundhedsplejen Glostrup,

Ressourcegruppe var en forsættelse af en faglig følgegruppe fra det tidligere projekt under Kompetence center for Amning. Gruppens medlemmer bestod af kommunale sundhedsplejersker og ledere, samt ledere og sundhedsprofessionelle fra Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling på Amager og Hvidovre hospital. Ressourcegruppen skulle bistå med faglige input til udvikling af leverancerne.

Arbejdsgruppe blev nedsat blandt sundhedsprofessionelle i styregruppens organisationer og bestod af sundhedsplejersker, sygeplejersker og jordemødre. Arbejdsgruppens opgaver var at udvikle leverancer herunder den skriftlige ammevejledning og forløbsguide, samt uddannelsesaktiviteter.

Gruppen bestod af:

- Anja Tinning Hjortshøj, Klinisk udviklingssygeplejerske, Gynækologisk/Obstetrisk Afdeling
- Anne Sofie Hvass Rodian, Oversygeplejerske, Gynækologisk/Obstetrisk Afdeling
- Carina Maria Mejlgrøn von Bülow, Assisterende afdelingssygeplejerske, Gynækologisk/Obstetrisk Afdeling
- Henriette Mørholm, Udviklingsjordemoder, Gynækologisk/Obstetrisk Afdeling
- Nanna Gadsbøll, Sundhedsplejerske, Københavns Kommune
- Nynne Jakobsen, Sundhedsplejerske, Glostrup Kommune
- Susanne Staufeldt, Sundhedsplejerske, Hvidovre Kommune

Projektleder var ansat i Patientforløb på Amager og Hvidovre Hospital med ansvar for den daglige ledelse og fremdrift i projektet, samt sikring af det tværsektorielle perspektiv og samarbejde. Projektledelsen har skifte undervejs og er blevet varetaget af følgende:

- Clara Mørck Clausen: 1. juni. 2023 – 31. dec. 2023
- Mia Scott Nicolaysen: 1. Jan. 2024 – 31. Jan. 2024
- Lene Tokkedal Dunker: 1. feb. – 28. feb. 2024 (Samtidig leder af tværsektorielt samarbejde, Sundhedsklynge Syd).
- Stense Kroman Vestergaard: 1. marts 2024 -

Leverancer

I projektperioden blev der udviklet følgende:

Fælles ammevejledning på tværs af sektorer dokument der indeholder to dele - en vejledende del en forløbsguide. Vejledningen beskriver sundhedspædagogiske overvejelser, de fire hovedbudskaber om amning – hjælp hinanden, hyppig amning, god amnestilling og hud-mod-hud, ammeprocessen. Forløbsguiden beskriver med udgangspunkt i de fire hovedbudskaber, fokus for ammevejledning ved jordemoderkonsultationer, på fødegang og barselsgang, ved opfølgning på ambulant fødsel og ved de efterfølgende kontakter sundhedsplejerskerne har de først par uger under barslen (Bilag1).

Fælles ammevejledning på tværs af sektorer



Et
og

samt

Temadage

tværsektorielle temadage har til formål, gennem en facilitering tilgang. at skabe grundlag for et gensidigt kendskab på tværs sektorer og understøtte udviklingen og brug af fællessprog i ammevejledningen (vedhæft drejebog som bilag).



De

af
et

Program – Tværsektoriel temadag om ammevejledning

9.00 Ankomst og kaffe

9.30 Velkomst

9.45 Familiens rejse

10.45 De fire hovedbudskaber

12 Frokost

12.30 samarbejde om overgange

14.00 Afrunding og evaluering

Facilitatorkorps

Facilitatorkorpset varetager facilitering af temadagene. Fokus for facilitatorerne er at skabe rum for mødet mellem de sundhedsprofessionelle. Rollen som facilitator adskiller sig fra den klassiske underviserrolle, ved ikke at skulle agere ekspert. Facilitators opgave er derimod at understøtte den gode dialog og facilitere gensidig forståelse blandt deltagerne.

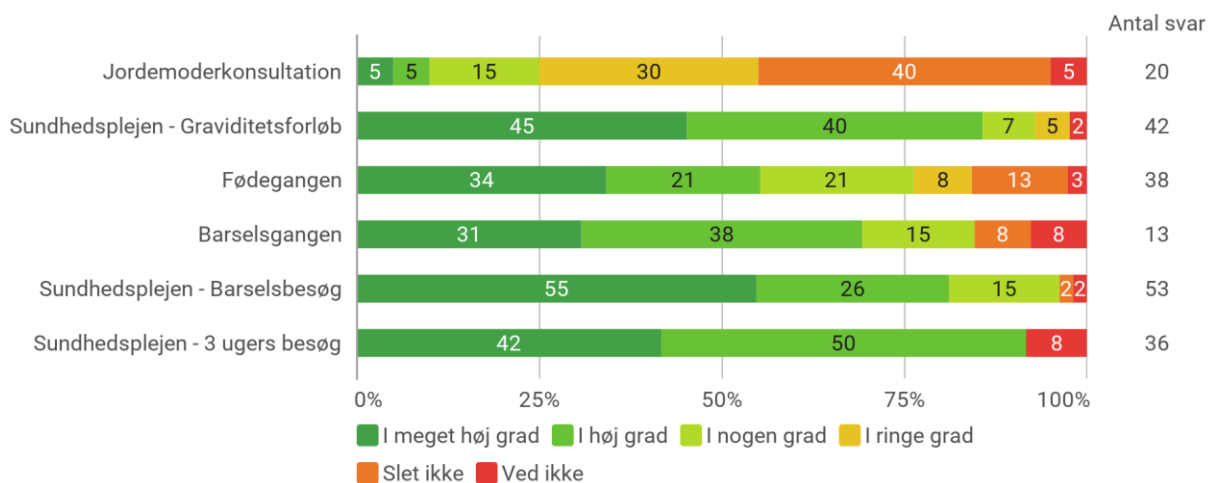
Forældreperspektivet

Forældrenes oplevelse af ammevejledningen blev undersøgt gennem et survey og en interviewundersøgelse. Surveyet blev gennemført første gang inden temadagene blev udrullet i foråret 2024. Her besvarede forældrene en række spørgsmål om tilfredshed med ammevejledningen ved en enkelt kontakt med sundhedsvæsenet. (se figur 1, 2 og 3). Forældre survey bliver gentaget i efteråret 2025.

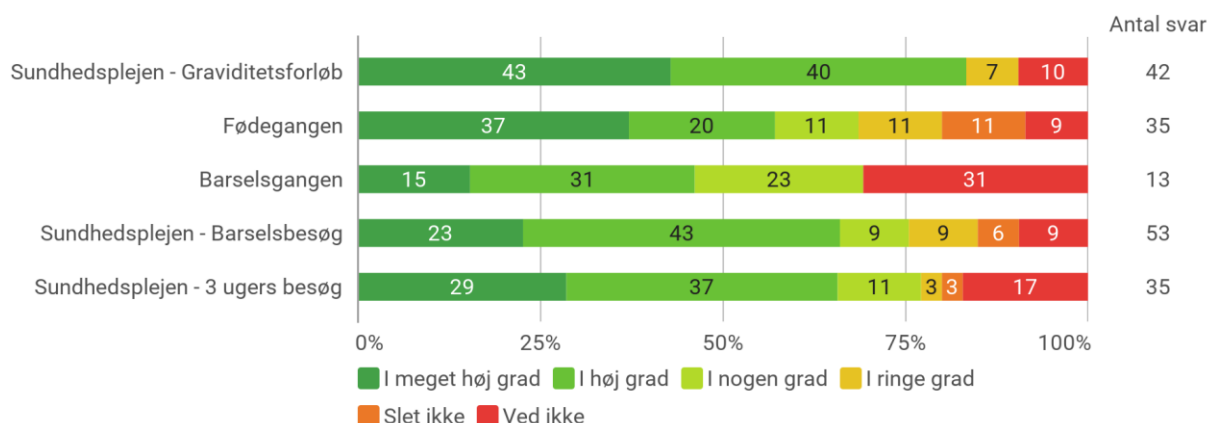
Interviewundersøgelsen blev gennemført i efteråret 2024, heri følges en række familier i deres forløb enten under graviditet eller barsel. Ud over familiernes oplevelse af tilfredshed fokuseres der på sammenhæng på tværs af sektorer, inddragelse af partner og behov for materialer (Bilag 2) .



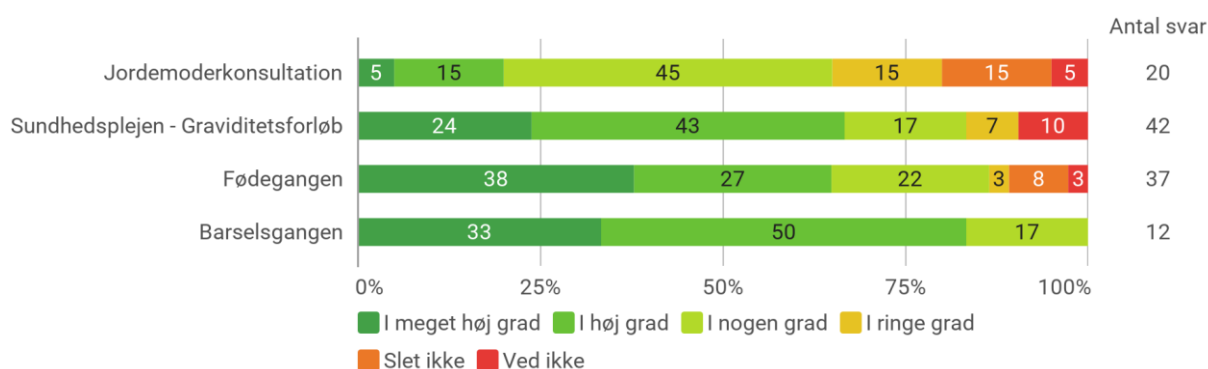
Figur 2 I hvilken grad oplevede du og din partner at få brugbar vejledning om amning?



Figur 3 I hvilken grad oplever du og din partner sammenhæng i vejledningen vedrørende amning i graviditets- og fødselsforløbet?



Figur 4 I hvilken grad oplever du og din partner at være forberedt på at kunne håndtere amningen efter fødslen og i hjemmet?



Formål og metode for evalueringen

Formålet med evalueringen og denne rapport er undersøge og fremlægge i hvilken udstrækning projektet er lykkedes i forhold til at opfylde projektformålet samt at uddrage læring om både processer og leverancer. Evalueringen er gennemført som intern evaluering med inspiration fra virknings evaluering – for at skabe fokus på elementer i både processen og de virkninger eller effekter projektet har medført.

- **Effekt:** *Hvad projektet konkret førte til – leverancer og effekt*
- **Proces:** *Hvordan projektet blev organiseret og gennemført*

Evalueringen er gennemført som selvevaluering udført af projektleder. Fordelene ved denne evalueringsform er et højt detaljekendskab og at der derved kan rettes fokus mod

relevante steder, samt at der allerede er etableret tillid mellem aktørerne – ulemperne er at der kan være blinde vinkler idet evaluator selv er del af processen og at interne relationer kan påvirke udfaldet, hvis disse ikke er præget af tillid og åbenhed.

Evalueringen består af følgende elementer

- Tilfredshedsevaluering blandt deltagerne på temadagene.
- Kort telefoninterview om implementering af ammevejledning og forløbsguide blandt ledere i kommuner i Klynge Syd og på relevante afdelinger på hospitalet.
- Evaluerende møde om onbaordingproces blandt arbejdsgruppe og facilitator korps
- Evalueringsøvelse suppleret af skriftlige evaluering blandt arbejdsgruppens deltagere
- Evaluerende interview med styregruppens deltagere (gennemført af ekstern samarbejdspart)

Afslutningsvis opsummeres læringen fra begge dele af evalueringen.

Virkning(effekt) del

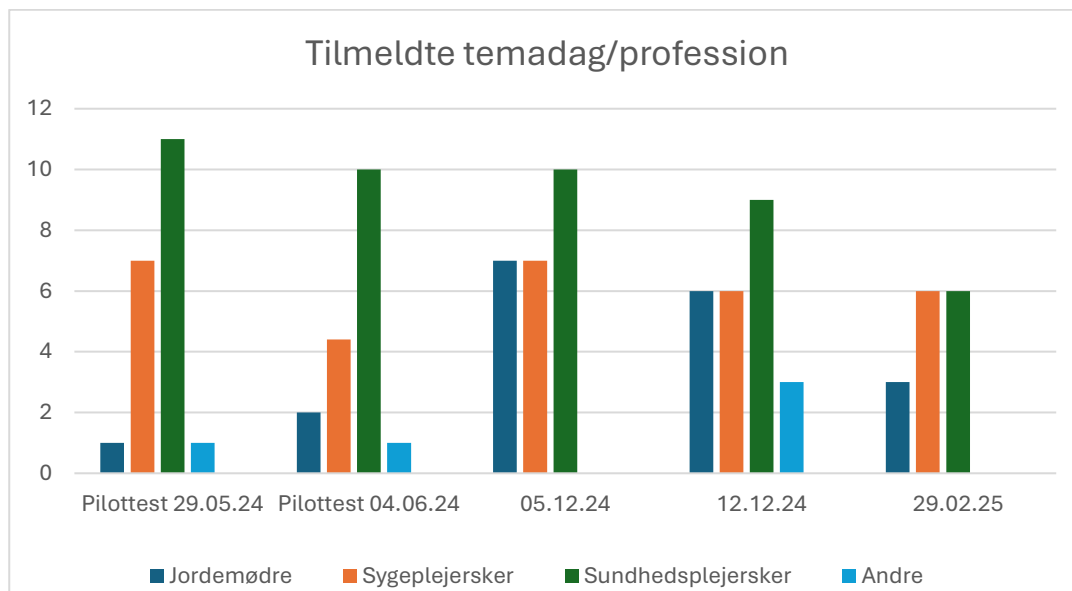
Leverancer:

Fælles ammevejledning på tværs af sektorer

Ledere af sundhedsplejen i ni ud af ti kommuner samt fødegang og barselsgang på Amager og Hvidovre Hospital besvarede spørgsmålene vedr. implementering af *Den fælles ammevejledning*. Blandt de seks kommuner der kendte til dokumentet, var det blevet introduceret på fag-dage eller personalemøder, flere havde det også på som tilbagevendende punkt i personalegruppen og et par kommuner havde det som en del af deres introduktion til nye og studerende. I de seks kommuner er dokumentet blevet sendt til alle medarbejdere– og flere steder er det også udleveret i printet version eller ligger fremme i fælleskontorerne. I hospitalsregi arbejdes der på at dokumentet bliver lagt ind som VIP. På barselsgangen får alle nye sygeplejersker udleveret en printet version og vejledningen indgår som en del af de opfølgende samtaler efter 3-5 ugers ansættelse. Vi kan konkludere at den fælles ammevejledning i stor udstrækning er introduceret til personalet i kommunerne og til dels også på hospitalet.

Temadagene:

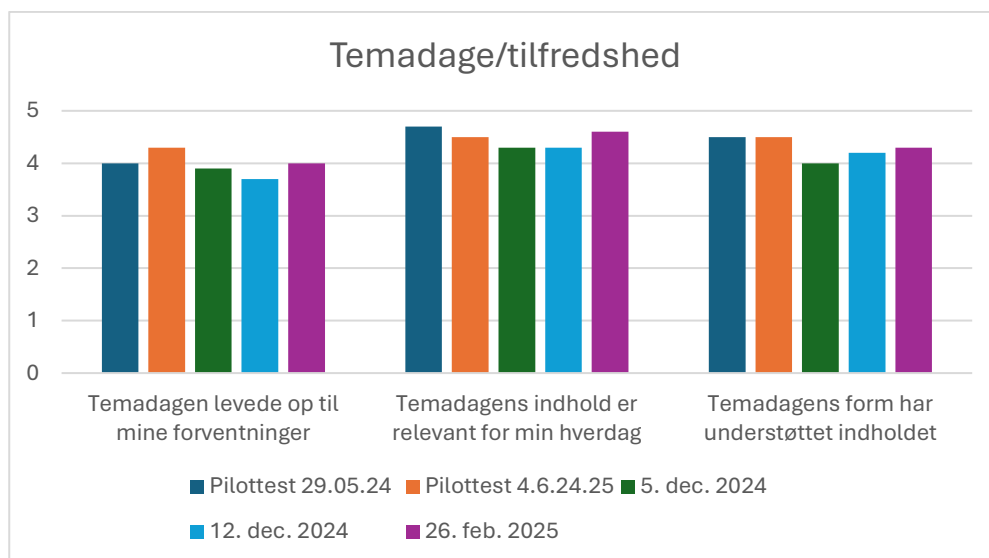
Der blev afholdt to pilottest af temadagene i hhv. maj og juni 2024. Efterfølgende blev der afholdt to temadage i december 2024 og én i februar 2025. Fordelingen af professioner blandt deltagerne blev markant forbedret efter pilottest til gengæld fald deltagerantallet noget i 2025 (se figur 4).



Figur 5 Profession blandt de tilmeldte til temadag om tværsektoriel ammevejledning

Tilfredshedsmålingerne på dagen viser at temadagen i stor udstrækning levede op til deltageres forventninger, at de oplevede indholdet som relevant og at formen med den faciliterende tilgang blev oplevet som understøttende ift. formålet (se figur 5).

Det kan konkluderes at det er lykket at skabe en tværsektoriel temadag, der opleves relevant af deltagere fra begge sektorer.



Figur 6 Deltagernes tilfredshed med temadag om tværsektoriel ammevejledning

Procesdel

I denne del præsenteres opsamling på interview med tre af styregruppens fire medlemmer, samt evalueringsøvelse og skriftlig evaluering med tre af arbejdsgruppens fem medlemmer samt refleksioner fra et evaluerende møde efter boarding af nye facilitatorer.

Organisering:

Styregruppen

Projektet blev præget af uklarhed omkring formål og roller – især i overgangen fra et fagligt forankret projekt til et politisk initieret samarbejde. Det tværsektorielle samarbejde mellem kommuner og hospitaler blev udfordret af strukturelle og kulturelle forskelle, fx i arbejdstider, ledelsesniveauer og ressourcer. Der har manglet tydelighed omkring projektets opdrag, hvilket til tider har skabt og usikkerhed. Ambitionsniveauet var ikke i overensstemmelse med de afsatte ressourcer fra begyndelsen. Styregruppen havde en uklar rolle og agerede nogle gange mere som arbejdsgruppe snarere end varetægelse af et overordnet perspektiv. Der manglede ensartet og relevant repræsentation – sektorerne var repræsenteret på forskellige lederniveau. Den ulige repræsentation besværliggjorde arbejdet i styregruppen, der enten manglede praksisnærhed eller overordnede perspektiv. Skiftende projektleder med forskellige ledelsesstile besværliggjorde forløbet og samarbejde. Og samarbejdet var ind i mellem præget af en oplevelse af "dem og os" frem for fælles ansvar, særligt situationer hvor der var tale om personale ressourcer.

Arbejdsgruppen

Ressourceplanlægningen viste sig at være urealistisk fra start, og forvirring omkring både arbejdsprocessen og det endelige produkt skabte frustration. Samtidig var samarbejdet mellem styregruppe og projektledelse præget af uklarhed, og det kom bag på flere i arbejdsgruppen, hvor stort et ansvar de selv skulle tage særligt i udviklingen af det skriftlige materiale (Fælles ammevejledning).

De generelle erfaringer med projektet spænder bredt. Flere fremhævede, at det var en hjælp med tydelige mødeagendaer – især for dem, der ikke til daglig arbejder projektorienteret. Der blev oplevet begejstring over det tværfaglige samarbejde og den frihed, deltagerne havde i forbindelse med temadagene. Særligt med den sidste projektleder oplevede deltagerne øget retning og struktur. Samtidig var der frustration over skiftende projektledere, manglende forankring og uklare opgaver. De oprindelige ressourcer blev anset som utilstrækkelige, og mange oplevede, at der var sat for lidt tid af, hvilket førte til et stort ekstraarbejde. Trods disse udfordringer blev der også udtrykt stor værdi i samarbejdet og det læringsudbytte, som projektet medførte.

Gennemførelse:

Arbejdsgruppen og facilitatorgruppe

Udarbejdelse af Vejledning og forløbsguide

I arbejdet med vejledningen og forløbsguiden oplevede deltagerne både muligheder og udfordringer. Det blev set som en fordel at sætte ammeprocessen ind i en ny kontekst, hvilket kunne åbne op for refleksion og fornyet forståelse. Samtidig var der stor usikkerhed – især i forhold til brugen af AI som redskab i skriveprocessen. Flere deltagere tvivlede på, hvad der var fagligt forsvarligt, og hvordan kilder skulle refereres korrekt.

Deltagernes forskellige behov for arbejdsmetoder i udviklingsarbejdet blev tydelige. Nogle havde gavn af fælles skrivning, mens andre havde brug for individuel arbejdsro.

Ressourceplanlægningen viste sig at være urealistisk fra start, og forvirring omkring både arbejdsprocessen og det endelige produkt skabte frustration. Samtidig var samarbejdet mellem styregruppe og projektledelse præget af uklarhed, og det kom bag på flere, hvor stort et ansvar de selv skulle tage for det skriftlige arbejde. På trods af den svære begyndelse og forsinket proces blev det færdige produkt vurderet som vellykket.

Udvikling og forberedelse af temadage

Udviklingsarbejdet med temadagene blev af flere oplevet som både udfordrende og værdifuldt. Det blev nævnt, at formen brød med vante arbejdsmetoder, hvilket for nogle oplevedes som grænseoverskridende, men samtidig udviklende. Arbejdet med den

ekstern konsulent bidrog til, at deltagerne følte sig taget seriøst og blev skubbet til at tænke mere innovativt. Processen med at udvikle temadagene førte også til refleksion og forandring i egen praksis, herunder en dybere forståelse for andre sundhedsprofessionelles roller og kommunikation med forældre. Det blev oplevet som en styrkende faglig proces, og temadagene blev omtalt som "helt unikke".

Gennemførelse af Temadage

Gennemførelsen af temadagene viste både usikkerhed og styrker. Den tværfaglige facilitering blev fremhævet som en markant styrke. Dog havde der også været bekymring for, om konceptet og drejebogen var for anderledes i sin form til at fange deltagerne – og for facilitatorerne til at facilitere. Men arbejdsgruppen oplever at temadagene skabte begejstring og engagement hos deltagerne, og især den nye form blev rost for og gav "julelys i øjnene" hos deltageren. Blandt deltagerne i arbejdsgruppen og facilitator korpset blev der etableret en større forståelse for forældrenes rejse og skabt et fælles sprog mellem faggrupper. At deltagerne fik sat ansigt på hinanden og blev bevidste om hinandens faglighed, blev fremhævet som helt centralt. Der blev påpeget, at prioritering blandt ledere var en nødvendighed for at sikre deltagelse af alle professioner.

Onboarding af nye facilitator

De nye facilitatorer oplever at få temadagen ind under huden i løbet af deres dag som 'føl'. Behovet varierer en smule og én af dem mener ikke en hel dag som føl er nødvendig, hvor en anden, var godt tilfreds med den hele dag. Selve introduktionen til formen, drejebog og facilitering fungerer men der er stadig behov for at skabe en bedre udveksling og samarbejde mellem de erfarende og nye facilitatorer.

Samlet konklusion og målopfyldelse

Projektet har haft til formål at *udvikle en bæredygtig og fremtidssikret tværsektoriel model for fastholdelse og udvikling af kompetencer inden for amning i Sundhedsklynge Syd – med henblik på, at denne model på sigt kan overføres til andre klynger*. Med afsæt i fælles temadage, en udviklet drejebog og uddannede facilitatorer, er der skabt en praksisnær ramme, der understøtter både samarbejde og kompetenceudvikling på tværs af sektorer. Den Fælles ammevejledning der er udarbejdet som del af projektet og introduceret på temadagene samt implementeret i seks ud af klyngens ti kommuner samt på barselsafsnittet, bidrager yderligere til en fælles faglig retning.

Modellen med temadage har potentiale til at være skalerbar og anvendelig i andre klynger og samarbejdsfora. Dog er der fortsat usikkerhed om dens bæredygtighed og langsigtede forankring. En konkret udfordring er, at hospitalernes vagtplanlægning begrænser

jordemødres mulighed for deltagelse i temadagene, ligesom den fælles ammevejledning endnu afventer fuld implementering via VIP-systemet.

Det andet mål om *at øge andelen af børn, der fuldammes efter to uger*, blev søgt belyst gennem en mindre baselineundersøgelse samt dataudtræk fra børnedatabasen.

Baselinemålingen med 20 respondenter var ikke et tilstrækkeligt datagrundlag til at give valide konklusioner ved en gentagelse i projektets afsluttende fase. Det blev derfor besluttet at udelade disse data. Børnedatabases seneste målinger er for fødselsårgang 2023 og er derfor ikke på nuværende tidspunkt opdateret til projektperiodens afslutning.

Det tredje mål – *at styrke forældres oplevelse af at være forberedte på amning og inddraget i det tværsektorielle samarbejde* – blev delvist opfyldt. En survey blandt forældre i begyndelsen af 2024 viste tendenser for tilfredshed blandt forældrene - men først med den planlagte opfølgning i 2025 vil det være muligt at vurdere, om indsatsen har haft en effekt. Interviewundersøgelsen blandt forældre viste en stor tilfredshed med ammevejledning og i stor udstrækning og med sammenhæng på tværs af sektorer. Der hvor der opstår udfordringer er når 'standartprocedure' ikke bliver fulgt eller familierne ikke 'passer ind i' standart tilbud og der samtidig ikke bliver kommunikeret om det.

Nogle planlagte indsatser blev ikke realiseret, blandt andet udvikling af materiale til forældre, da interviewundersøgelsen ikke påviste behov for nyt materiale, samt temadage for komplicerede forløb. Disse blev i stedet blev erstattet af en planlagt udvikling af fælles anbefalinger. Dette arbejde blev dog ikke grundet manglende ressourcer. Det videre arbejde med fælles anbefalinger til komplicerede ammeforløb er planlagt til at blive gennemført i regi af ledernetværk for Gynækologisk Obstetrisks afdeling på AHH og de kommunale sundhedsplejer i Sundhedsklynge Syd.

Evaluerings blandt hhv. styregruppedeltagere og arbejdsgruppedeltagere viste forskelle i opfattelser af temadagenes værdi, hvor arbejdsgruppen generelt tillægger dem stor betydning, mens styregruppen i højere grad udtrykker bekymring for ressourceforbruget i forhold til den skabte værdi.

Projektet har affødt væsentlige læringspunkter i relation til organisering, forventninger og ressourcer:

- Tydelig ledelsesorganisering og klar rollefordeling i – og imellem styregruppe og arbejdsgruppe
- Realistisk forventningsafstemning mellem politiske ambitioner og de tilgængelige faglige og organisatoriske ressourcer
- Vigtigheden af en veltilrettelagt projektopstart med klart opdrag, effektiv onboarding og løbende refleksion

Samtidig har projektet vist, at der er behov for bedre integration med eksisterende strukturer og netværk for at sikre ejerskab og forankring efter projektets afslutning.

Anbefalinger

Den udviklede temadagsmodel og facilitatorfunktion vurderes at have et bredere potentiale end kun amning. Modellen bør overvejes integreret i introduktionsprogrammer for nyansatte relevante sundhedsprofessionelle – for at undgå, at de skal bruge af deres få årlige uddannelsesdage på basale kompetencer. Derudover anbefales det at anvende modellen i andre områder, hvor tværsektorielt samarbejde er centralt.

Projektet har vist, at "det handler om mere end amning" – det handler om at skabe og vedligeholde stærke samarbejdsrelationer mellem aktører på tværs af sektorer. Med justeringer og stærkere organisatorisk forankring har modellen potentiale til udbredelse til andre klynger, kommende sundhedsråd og andre relevante fora. Endelig bør der i fremtidige projekter indgå en klar plan for forankring eller ressourcer til dette i eksisterende organisationer, hvis man ønsker dette gennemført forankret tværsektorielt regi.

Bilag

Bilag 1 Fælles ammevejledning på tværs af sektorer

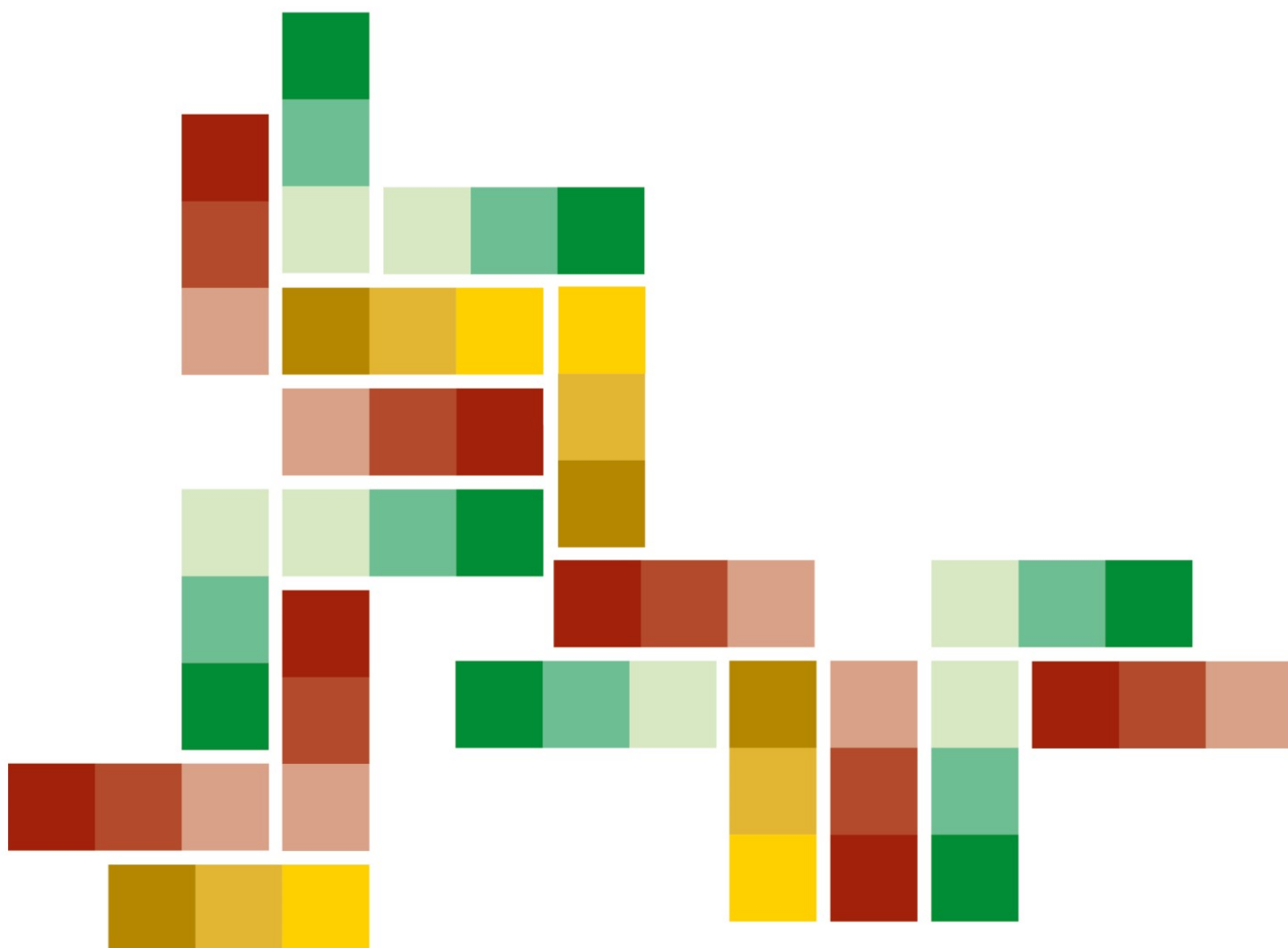


Fælles
ammevejledning på tv

Bilag 2 Forældreperspektiv på ammevejledning på tværs af sektorer



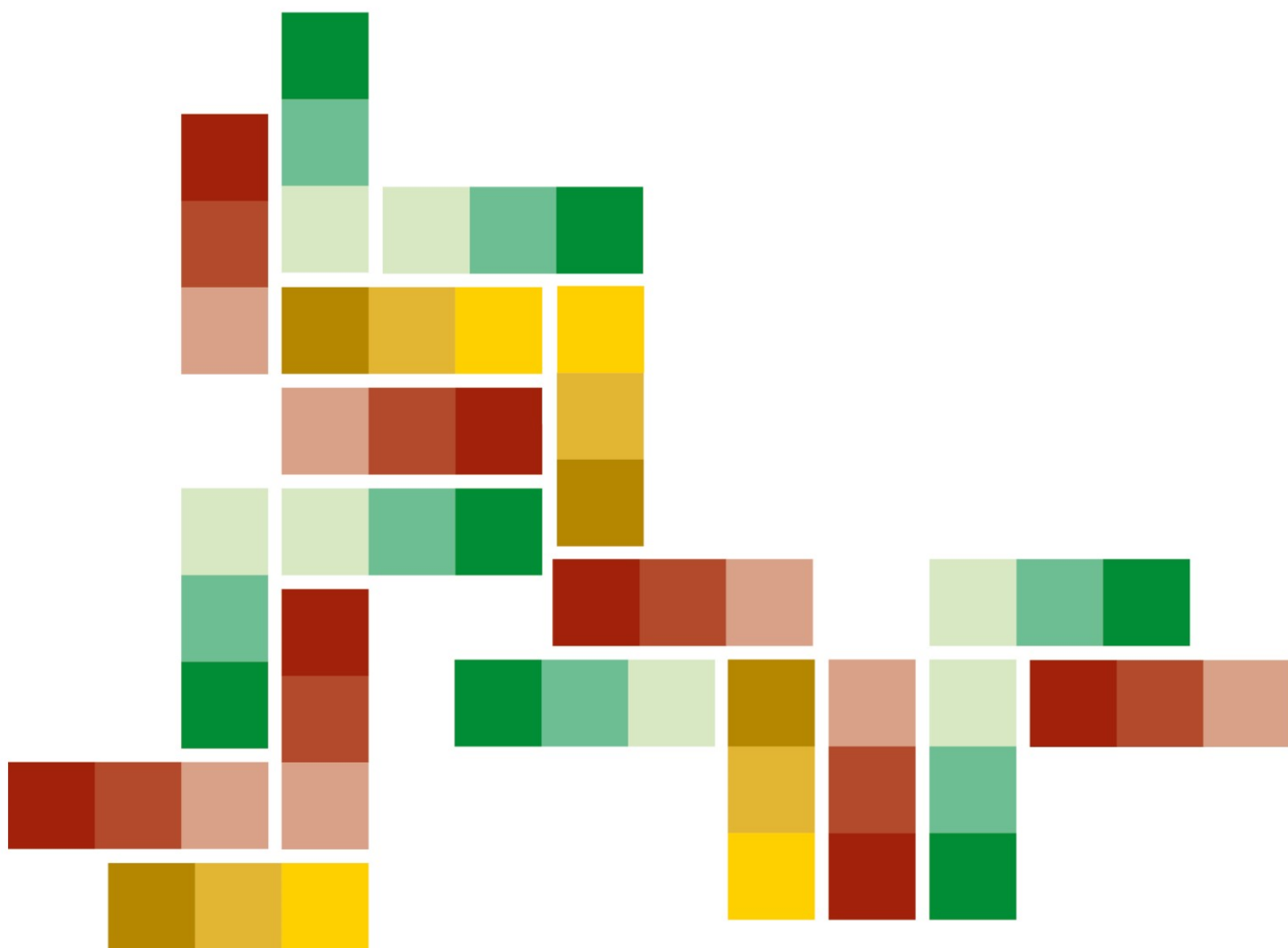
Forældreperspektiv
på ammevejledning p



Projektbeskrivelse: Klinisk vurdering ved udkørende funktion og videokonsultation med bagvagt som alternativ til indlæggelse for borgere på plejecentre

(I tidsrummet mellem kl. 16-23 samt i weekender og helligdage mellem kl. 8-23)

Indsats under Fremtidens Akutområde - Rettidig forebyggelse af akutte indlæggelser og genindlæggelser



Indholdsfortegnelse

Hvorfor?	3
Baggrund	3
Formål og ambition	3
Strategisk forankring	4
Succeskriterier	4
Hvad?	6
Beskrivelse af den overordnede løsning	6
Leverancer	9
Rammer, afgrænsninger og afhængigheder	10
Hvordan?	12
Fremgangsmåde og hovedmilepæle	12
Projektorganisationen	13
Nøgleinteressenter og kommunikation	14
Risici	15
Bilag	17

Version: 1
Udformet af: Projektgruppe for Klinisk vurdering ved udkørende funktion og videokonsultation med bagvagt
Senest opdateret: 26. maj 2025



SUNDHEDSAFTALEN

Region Hovedstaden, kommunerne og almen praksis

Hvorfor?

Baggrund

I november 2023 blev der på foranledning af hospitalsdirektørkredsen i Region Hovedstaden igangsat en analyse under overskriften Fremtidens Akutområde. Analysen skulle klarlægge, hvordan akutområdet kan fremtidssikres og udvikles, så borgere møder samme kvalitet og tilgængelighed, uanset hvor i regionen de bor. En tværsektorielt sammensat arbejdsgruppe i forlængelse af den regionale styregruppe for Fremtidens Akutområde, pegede på fire indsatser, der skal sikre rettidig forebyggelse af akutte indlæggelser og genindlæggelser og adresserer flere ambitioner i sundhedsreformen.

Baggrunden var et ønske om at styrke det tværsektorielle samarbejde om den ældre medicinske patient, så kommuner, hospitaler, almen praksis og akutberedskab i højere grad kan undersøge, udrede og behandle udvalgte borgere i eget hjem til gavn for borgerne.

Den tværsektorielle arbejdsgruppes forslag har den 28. februar 2025 været drøftet i Sundhedssamarbejdsudvalget (SSU), der anbefalede igangsættelse af de fire indsatser.

Borgere i regionen, som bor på plejecenter, er valgt som målgruppe for indsatserne, da de ofte er skrøbelige og dårligt tåler ophold på hospitaler.

Denne projektbeskrivelse omhandler én af de fire indsatser: Klinisk vurdering ved udkørende funktion og videokonsultation med bagvagt som alternativ til indlæggelse for borgere på plejecentre i tidsrummet mellem kl. 16-23 samt i weekender mellem kl. 8-23.

Formål og ambition

Borgere på plejecentre er blandt vores mest skrøbelige medmennesker, som dårligt tåler ophold på hospitalerne, da de ofte fører til delir, funktionsnedsættelser, infektioner mv. Der opleves uhensigtsmæssige forløb, hvor borgere transporteres ind på akutmodtagelserne til vurderinger og /eller behandlinger, som formentligt kunne være iværksat i hjemmet. Der kan være alternativer til en akut hospitalsindlæggelse, hvor behandlingen i mange tilfælde kan iværksættes på plejecenteret eller subakut næste dag. Der er tillige kvalificerede sundhedspersoner omkring borgere på plejecentre, som kan mangle lægeopbakning og de behandlingsmuligheder, der findes på hospitalerne. I dagtid varetager personale og plejecenterlæge mange problemstillinger, men i vagttid kan der være behov for at rette henvendelse til Akuttelefonen 1813. 1813 har imidlertid ikke mulighed for at tage behandlingsansvar og sætte behandlinger i gang, hvor der er behov for opfølgning af andre end kommunale akutfunktioner og praktiserende læger.

I regionen og kommunerne findes flere udkørende funktioner, som kan foretage kvalificerede vurderinger, hvis en borger pludselig bliver dårlig. Alle kommuner har en udkørende



kommunal akutfunktion, som er bemannet af autoriserede sundhedspersoner, fx sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter (SOSU-assistent). Regionen har ligeledes udkørende sundhedsfaglige funktioner i Akutberedskabet (kørelæger i 1813 og autoriserede paramedicinere i akutbiler), som kan vurdere og opstarte behandling hos borger. Flere klyngeindsatser i den seneste tid har vist et potentiale for alternativer til akutindlæggelse for ældre borgere gennem et tæt samarbejde mellem blandt andet kommunale akutfunktioner, akutberedskabet og akutmodtagelser.

Visionen for projektet er, at borgere på plejecentre behandles og plejes der, hvor deres behov varetages bedst.

Formålet med dette projekt er at undersøge om videokonsultation med en læge i akutmodtagelsen, for borgere visiteret til akut indlæggelse, vil kunne reducere antallet af fysiske vurderinger på akutmodtagelserne og hospitalsindlæggelser.

I første omgang gennemføres en pilotafprøvning, som har til formål at afprøve om samarbejde og arbejdsgange mellem aktørerne fungerer hensigtsmæssigt, og om den digitale understøttelse fungerer. Der skal i afprøvningen være fokus på patientsikkerheden.

Derudover vurderes det, om designet er klar til opskalering og fuld afprøvning.

Afsættet for projektet er de eksisterende aftaler om kommunale akutfunktioner, intravenøs behandling i kommunalt regi og 96 timers behandlingsansvar, herunder de arbejdsgange, der er beskrevet i aftalerne. Udgangspunktet er, at arbejdsgangene er som vanligt frem til, at 1813 vurderer behov for en akut indlæggelse (akut indlagt på sengeafdeling (via CVI) eller henvises til vurderingsspor på akutmodtagelsen).

Strategisk forankring

Arbejdet med de fire indsatser om rettidig forebyggelse af akutte indlæggelser og genindlæggelser, herunder dette projekt, gør det muligt for både region, kommuner og almen praksis at opnå brugbare og vigtige erfaringer til det kommende arbejde med at realisere sundhedsreformen. I reformen er det blandt andet besluttet, at flere borgere skal kunne få en nødvendig og rettidig indsats, inden tilstanden bliver så dårlig, at der er behov for sygehusbehandling eller -indlæggelse, samt at flere borgere behandles i hjemmet.

Succeskriterier

For pilotafprøvningen er succeskriterierne:

- Der er etableret/fundet en brugbar digital understøttelse i de respektive fagsystemer og på tværs af sektorer. Blandt andet skal opsætning og registrering i Sundhedsplatformen (hospitalet) være afprøvet.
- De udarbejdede arbejdsgange (instrukser) og vejledninger er brugbare for de involverede personalegrupper.



- Der er gennemført tilstrækkelige antal forløb til at få nødvendige erfaringer (skønsmæssigt 10-30),
- Arbejdsgangene har vist sig at kunne fungere i praksis, herunder at patientsikkerheden har været i fokus.
- Det er aftalt, hvilke registreringer og data, der skal bruges i kvalitetsudviklingsprojektet, og det har været muligt at indsamle de aftalte registreringer/data.
- Der er gennemført kvalitative interviews med relevante involverede fagpersoner.
- Det er afdækket, hvilke opmærksomhedspunkter, der skal afklares inden kvalitetsudviklingsprojektet kan igangsættes.



Hvad?

Beskrivelse af den overordnede løsning

Målgruppen

Målgruppen er borgere på plejecentre, hvor der vurderes behov for læge i tidsrummet mellem kl. 16-23 samt i weekender mellem kl. 8-23. I hverdage i dagtid kontaktes egen læge/plejecenterlæge og om natten kontaktes 1813 som vanligt.

Indsats, der afprøves:

➤ *Systematik på plejecenter før henvendelse til 1813:*

Personalet på interventionsplejecentre skal inden kontakt til 1813 lave TOBS (tidlig opsporing af begyndende sygdom) og måle vitale parametre (BT, puls, temperatur, respirationsfrekvens, bevidsthed), og danne sig et overblik over borgerens kroniske og akutte tilstande samt borgerens behandlingsniveau og ønsker for behandling. Personalet skal desuden kunne give en medicinstatus. Personale, som foretager denne vurdering, skal som minimum være social- og sundhedsassistent og kunne overlevere information til 1813 efter ISBAR-princippet¹. Der kommunikeres om de enkelte konkrete målte værdier og ikke den samlede score (TOBS). Hvis kvalificeret personale ikke er til stede, skal den kommunale akutfunktion kontaktes.

Personalet på plejecenteret benytter PRIO-linjen til at få kontakt til 1813.

Hvis det er vanlig praksis for plejecenteret at kontakte den kommunale akutfunktion i stedet for at kontakte 1813, gøres dette.

Mere detaljeret men generel instruks fremgår af bilag 1.

➤ *1813 vurderer behov - og sender evt. en udkørende funktion til borger*

1813 har i forbindelse med kontakten følgende vanlige muligheder:

1. Forløb afsluttes efter telefonisk kontakt, som vanlig praksis fx ved henvisning til: opfølgning ved egen læge, rådgivning om egenomsorg

¹ ISBAR er et redskab til strukturering af kommunikation og patientbehandling, der sikrer, at den mundtlige kommunikation kommer rundt om fem centrale punkter: Identifikation (patientinformation), Situation (borgerens situation/årsag til henvendelsen) Baggrund (borgerens sygdomshistorie), Analyse (vurdering af problemet), Råd (om videre pleje/behandling).



2. Forløb med behov for kvalificering af visitationen via fysisk konsultation, rekvireres en af følgende muligheder:
 - a. Ved behov for sygeplejefagligt tilsyn: Læge/sygeplejerske på 1813 kontakter telefonisk den kommunale akutfunktion med henblik på, at akutfunktionen kører ud til borger og foretager en sygeplejefaglig vurdering af borger. Hvis 1813 vurderer, at hændelsen ligger indenfor kriterierne til hjemmebesøg, eller hvis akutfunktionen ikke er tilgængelig, kan Akutberedskabet sende en udkørende læge fra 1813,
 - b. Alternativt kan 1813, som en ny mulighed i dette projekt, rekvirere akutbil til klinisk vurdering hos borger. Det kan fx være i de tilfælde, hvor borger ikke kan vente på kommunal akutfunktion, men hvor en hurtig indsats skønnes at kunne afhjælpe borgers akutte symptomer, eller hvis akutfunktionen ikke er tilgængelig. Akutbilen anvender POCT udstyr, medbringer medicin og behandlingsutensilier.
3. Ved behov kan 1813 vælge direkte at indlægge patienten som vanligt.

Mere detaljerede instrukser/arbejdsgange fremgår af bilag 2.

➤ *Klinisk vurdering ved den kommunale akutfunktion (udkørende funktion)*

I de tilfælde hvor der sendes en udkørende funktion, skal denne følge det aftalte med 1813 (som vanligt), herunder foretage en sundhedsfaglig helhedsvurdering, eventuelt inklusiv POCT² blodprøver (hæmoglobin, blodsukker og C-reactiv protein) og måle vitale parametre.

Krav om den kliniske vurdering og mulighed for prøvetagning ligger indenfor Sundhedsstyrelsens kvalitetstandards for kommunale akutfunktioner.

Hvis udkørende funktion vurderer at borger er behandlings- eller indlæggelseskrævende, kontaktes 1813 lægen via prio-nummeret.

Mere detaljeret men generel instruks fremgår af bilag 3.

➤ *Videokonference i stedet for indlæggelse*

Hvis 1813 på baggrund af oplysninger fra den udkørende funktion vurderer behov for akut indlæggelse eller vurdering i akutmodtagelsen tages telefonisk kontakt til CVI. Den udkørende funktion bliver hos borger.

² Point-of-care-testing



1813 afslutter herefter kontakten og Akutmodtagelsen overtager ansvaret for borgers akutte tilstand.

Bagvagt sender VDX link til telefon/device, og opretter videoforbindelse til den udkørende funktion, som overleverer den systematiske gennemgang, vitale parametre og evt. blodprøver.

Vurdering af behov – evt. opstart af behandling i hjemmet via videokonference

Bagvagt træffer beslutning om:

1. Der gøres ikke yderligere, kontakten afsluttes med rådgivning og dokumentation i SP
2. Der henvises til en subakut tid næste dag/indenfor få dage
3. Der opstartes eventuel behandling i hjemmet, hospitalet har behandlingsansvar under pågående behandling + 96 timer (yderligere beskrivelse nedenfor). Der kan aftales stuegang/videokonference dagen efter.
4. Patienten indlægges på akutmodtagelsen eller på relevant sengeafdeling.

Behandling i hjemmet kan fx være væskebehandling (subkutan eller IV-væske (jf. IV-aftalen), antibiotikabehandling med tablet. I pilot gives i udgangspunktet ikke IV-antibiotika, da første dosis skal gives af hospitalspersonale (jf. IV-aftalen), men det noteres af bagvagten, om det kunne have været relevant. 1813 afslutter kontakten, når hospitalet har taget over.

Hvis der opstartes behandling i hjemmet, fremsender hospitalet en epikrise med information herom til egen læge/plejecenterlæge. Der laves AKA notat og sendes en korrespondance til kommunen (besked til akutfunktionen). Al medicin skal ordineres i best/ord og afstemmes i FMK. Alle notater skal sendes som korrespondancer til den kommunale akutfunktioner/plejecentre.

Hvis akutmodtagelsen efter videokonsultation med akutbilen eller kørelæge vurderer, at der er behov for gentagen behandling, opstartes initialbehandling via paramediciner og akutmodtagelsen henviser efterfølgende til kommunal akutfunktion og sikrer, at borger får besøg herfra efter behov.

Hvis borgeren vurderes på en akutmodtagelse og sendes retur til plejecentret, vil borgeren omfattes af 96 timers behandlingsansvar.

Mere detaljerede instrukser/arbejdsgange for akutmodtagelsen fremgår af bilag 4.

Kontrolplejecentre

Når projektet senere skal være et kvalitetsudviklingsprojekt, vil der være kontrolplejecentre. I disse forløb, skal alle aktører gøre som vanligt. Dvs. forløbet i 1813 afsluttes efter første kontakt, som vanlig praksis fx ved henvisning til: Kommunal akutfunktion, Akutmodtagelse, hjemmebesøg og evt. behandling ved udkørende læge, henvisning til egen læge næste hverdag eller rådgivning om egenomsorg. Borgere henvist til en akutmodtagelse omfattes af 96 timers behandlingsansvar.



Leverancer

- Projektbeskrivelse inkl. tidsplan for pilot
- Arbejdsgang på plejecenter
 - Start kontakt
 - Behandling i hjemmet mv.
- Arbejdsgang på 1813
 - Opstart
 - Overgang til akutmodtagelse
- Arbejdsgang i udkørende funktion
 - Opstart/konference
 - Afslutning, herunder evt. behandling i hjemmet
- Arbejdsgang i Akutmodtagelsen
 - Opstart/konference
 - Indlæggelse (evt. vurdering)
 - Afslutning
 - Arbejdsgange ved behandling i hjemmet
 - Dokumentation
- Afklare og bygge IT-understøttelse i Akutmodtagelser (CIMT)
- Beskrive integration / overlap mellem arbejdsgange
- Test af videoløsning
- Afklare behov for og bestille forløbsmarkører og rapporter (CØK)
- Afklare behov for utensilier på plejecenter og evt. finde en løsning hertil
- Afklare behov for kompetenceudvikling/oplæring ift. opstart af pilot
- Afklare kommunikationsbehov (formidling) og udarbejde evt. materiale
- Afklare og evt. planlægge opstartsmøde
- Plan for evaluering af pilot
- Gennemførelse af evaluering af pilot
- Justeringer i arbejdsgange i takt med identifikation af opmærksomhedspunkter i arbejdsgange og overgange
- Rette opmærksomhed på om der er den nødvendige kapacitet i de udkørende funktioner
- Registrering af og opfølgning på evt. utilsigtede hændelser
- Indikatorer for evaluering af kvalitetsudviklingsprojektet aftalt med datagruppe
- Protokol (projektbeskrivelse) for kvalitetsudviklingsprojektet, herunder plan for udvælgelse af interventions- og kontrolplejecentre
- Plan for kompetenceudvikling/oplæring ift. opstart af kvalitetsudviklingsprojekt
- Kommunikationsplan for opstart af kvalitetsudviklingsprojekt.



Rammer, afgrænsninger og afhængigheder

Pilotprojektet er en af fire projekter under overskriften Rettidig forebyggelse af akutte indlæggelser og genindlæggelser af borgere på plejecentre.

De tre andre projekter er:

1. Dataanalyse

Fokus for denne projektgruppe er at tilvejebringe relevant data om aktivitet for borgere på plejecentre, så indsatser kan planlægges, monitoreres og justeres på baggrund heraf. Der er derfor en selvstændig indsats i at tilvejebringe relevante data om målgruppen, bl.a. med henblik på at undersøge, om der er mønstre i fx uhenigtsmæssige forløb, så potentialer for forbedringer før en indlæggelse kan identificeres.

2. Afklaring af behandlingsniveau

Fokus for denne projektgruppe er på udbredelse og efterlevelse af afklaring af behandlingsniveau for borgere på plejecentre. Dette skyldes, at afklaring af behandlingsniveau kan medvirke til at forebygge uhenigtsmæssige indlæggelser. Derfor kan plejecenterlægen/egen læge i samarbejde med plejepersonalet med fordel sørge for, at der tilbydes en samtale om behandlingsniveau for borgere på plejecentre, når det vurderes relevant. Dertil skal der være fokus på at skabe en fælles måde at dokumentere behandlingsniveau på, så der ikke opstår tvivl i akutte situationer eller i kommunikationen med andre sundhedsprofessionelle.

3. 96 timers behandlingsansvar

Borgere på plejecentre, der har ophold i akutmodtagelsen, omfattes af 96 timers behandlingsansvar med henblik på at sikre et sammenhængende forløb. Det gælder også ophold under 24 timer.

Der er en afhængighed mellem dette projekt (klinisk vurdering) og dataanalyser i forhold til at få aftalt indikatorer, opbygget arbejdsgange og registreringer, så der monitoreres tilfredsstillende på projektet.

Der er også en vis afhængighed mellem dette projekt (klinisk vurdering) og afklaring af behandlingsniveau, da pilotafprøvningsne skal foregå på de samme plejecentre, og derfor vil opstarte samtidigt. Det betyder, at der er flere arbejdsgange, som skal implementeres samtidigt på pilotplejecentrene.

Der er en afhængighed mellem dette projekt (klinisk vurdering) og 96 timers behandlingsansvar, idet den tekniske løsning for 96 timers behandlingsansvar i akutmodtagelser skal være på plads for, at borgeren kan omfattes af udvidet behandlingsansvar.

Desuden er det et væsentligt opmærksomhedspunkt, at pilotafprøvningsne skal danne baggrund for beslutning om at igangsætte kvalitetsudviklingsprojekt involverende alle regionens plejecentre i starten af 2026. Denne beslutning skal træffes af Tværsektoriel strate-



gisk styregruppe, som har sidste møde den 31. oktober 2025. Der er et fokus på at få gennemført pilot og kvalitetsprojekt, inden arbejdet med sundhedsreformen tager mere fart. Det vil sige, at der også er en afhængighed til det forberedende arbejde med sundhedsreformens forskellige elementer, samt til den forestående fusion med Region Sjælland.



Hvordan?

Fremgangsmåde og hovedmilepæle

Implementering af pilot sker via lokale tovholdere, dvs. på plejecenterniveau og afdelingsniveau (kommunale akutfunktioner, akutberedskabet og akutmodtagelser), som understøttes af projektgruppedeltagerne og informationsmaterialer, arbejdsgangsbeskrivelser/vejledninger. Desuden er der planlagt løbende tjek-ind møder med tovholdere for arbejdsgangsbeskrivelserne i pilotperioden.

Evaluerings af pilot varetages af Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, som kontakter de lokale tovholdere for konkrete aftaler.

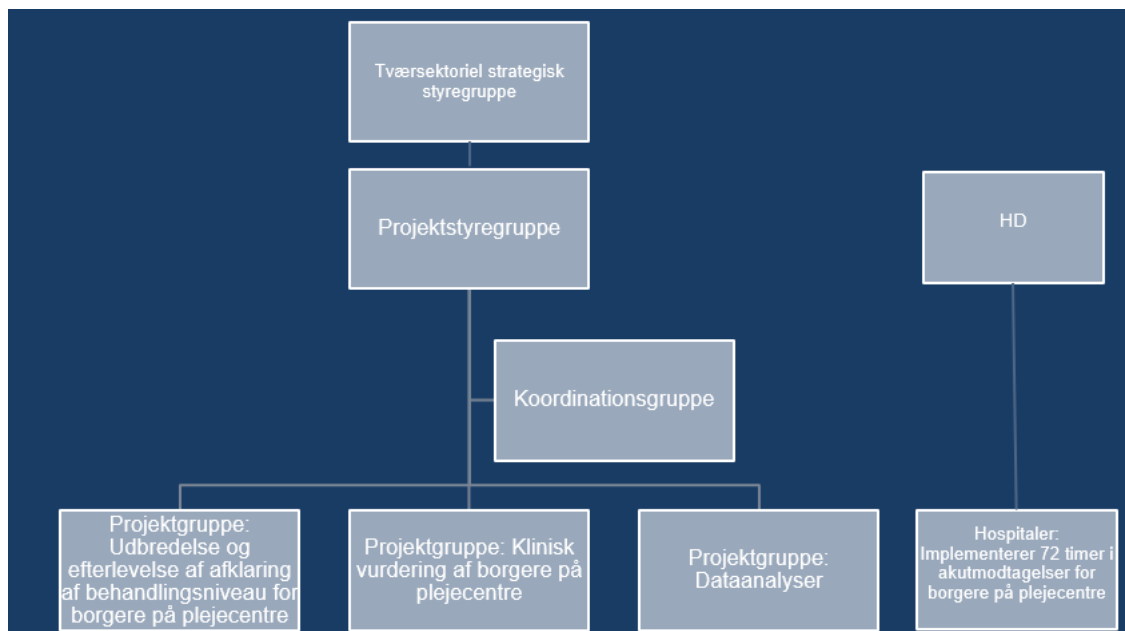
Hovedmilepæle:

- Arbejdsgangsbeskrivelser klar (14.5)
- SP klar (2.6)
- Hovedansvarlige/lokale tovholdere for pilotplejecentre, 1813 og akutmodtagelser udpeget (14.5)
- Informationsmateriale (og evt. manual til plejecentre) udarbejdet (20.5)
- Opstart på pilot (2.6)
- Opstart på kvalitative interviews (afhængig af inkluderede) (ultimo juni)
- 20 borgere inkluderet (forhåbentligt ultimo juni)
- Afslutning af pilot (forventeligt ultimo juni)
- Udkast til evaluering af pilot udarbejdet (primo september).
- Udkast til protokol for kvalitetsudviklingsprojekt med intervention og kontrolgruppe udarbejdet (26.9)
- Afrapportering til styregruppe klar (26.9)
- Endeligt beslutningsoplæg til Tværsektoriel strategisk styregruppe klar (10.10).

Se desuden tidsplan i bilag 5.



Projektorganisationen



Styregruppen er nedsat under Tværsektoriel strategisk styregruppe (TSS). TSS skal orienteres om arbejdet i takt med, at det skrider frem.

Projektgruppen er nedsat under styregruppen, som ligeledes skal orienteres om arbejdet løbende. Drøftelse af principielle spørgsmål sker primært i styregruppen. Hvis der ikke er enighed i gruppen, forelægges det til TSS.

Projektgruppen er sammensat på en måde, der sikrer, at de besidder såvel ledelseskompetencer som faglige kompetencer i forhold til det nære sundhedsvæsen, akutområdet og plejecentre.

Projektgruppen er bemandet af de aktører, der indgår i pilotprojektet, samt repræsentanter for almen praksis og brugerrepræsentanter (bilag 6).

Projektgruppedeltagerne har ansvar for kontakt til de lokale tovholdere på plejecentre, kommunale akutfunktioner, akutberedskabet og akutmodtagelser, med henblik på at sikre koordination på tværs, og understøtte at inklusion af borgere kan ske som planlagt.

De lokale tovholdere har ansvar for at udbrede kendskab til projektet, herunder arbejds-gange, til de relevante kollegaer/medarbejdere. Desuden har de lokale tovholdere ansvar for at melde tilbage til deres projektgruppedeltager, hvis der sker noget uforudset eller hvis inklusion af borgere ikke forløber som forventet.



Nøgleinteressenter og kommunikation

Nøgleinteressenter

Nøgleinteressenter er overordnet set:

- Sundhedsprofessionelle på tværs af sektorer
- Offentligheden
- Politikere

Mere konkret i pilotprojektet er det:

- Ledere og medarbejdere på pilotplejecentre
- Borgere på pilotplejecentre og deres pårørende
- Ledere og medarbejdere i de kommunale akutfunktioner
- Ledere og medarbejdere i Akutberedskabet, herunder stabsfunktioner
- Ledere og medarbejdere på pilotakuthospitaler og akutafdelinger, samt stabsfunktioner, herunder økonomi.
- Praktiserende læger og plejecenterlæger på pilotplejecentre
- Ledere og medarbejdere i CSU, CØK, CIMT og CPK.

Kommunikation

I pilotprojektet planlægger og gennemfører hver aktør intern kommunikationsindsats i egen organisation, så alle relevante ledere og medarbejdere har den nødvendige information og viden til at gennemføre og samle op på piloten.

Efter pilotafprøvning vil resultaterne af denne blive kommunikeret bredt til interessenterne.



Risici

Risici	Mulige forebyggende eller afbødende tiltag
Opstart på behandling af borgere der skulle have været indlagt akut, bliver forsinket	De aftalte arbejdsgange følges Der udpeges lokalt en ansvarlig på alle relevante organisatoriske niveauer Hyppige tjek-ind møder Utilsigtede hændelser rapporteres
Sommerferieafvikling – risiko for at nye arbejdsgange glemmes/ikke overleveres	Lettligængelige skriftlige instrukser Der udpeges lokalt en ansvarlig på alle relevante organisatoriske niveauer.
SP-byg forsinkes	Tæt koordination og samarbejde med CIMT
Rapport-byg forsinkes	Tæt koordination og samarbejde med CIMT og CØK
Usikkerhed om arbejdsgange / arbejdsgange følges ikke	Lettligængelige skriftlige instrukser (udarbejdes lokalt med afsæt i de generelle) Der udpeges lokalt en ansvarlig på alle relevante organisatoriske niveauer Hyppige tjek-ind møder i starten
Manglende kendskab til projektet er barrierer for inklusion af borgere	Lokale informationsmøder Lettligængelige skriftlige instrukser (udarbejdes lokalt med afsæt i de generelle) Der udpeges lokalt en ansvarlig på alle relevante organisatoriske niveauer
Inklusion af borgere trækker ud	Hyppige tjek-ind møder kan være med til at identificere evt. barrierer



At medarbejdere glemmer at registrere korrekt (markere projektborgere)	Lettilgængelige skriftlige instrukser Der udpeges lokalt en ansvarlig på alle relevante organisatoriske niveauer.
--	---



Bilag

Bilagsoversigt

Bilag 1 Tværkommunal instruks for plejecenterpersonale

Bilag 2 Arbejdsgange i Akutberedskabet

Bilag 3 Tværkommunal instruks for udkørende funktioner

Bilag 4 Arbejdsgang i akutmodtagelsen

Bilag 5 Tidsplan

Bilag 6 Projektgruppens sammensætning.



Bilag 1: Tværkommunal instruks for plejecenterpersonale

Projekt: Klinisk vurdering ved udkørende funktion og videokonsultation med bagvagt som alternativ til indlæggelse for borgere på plejehjem i tidsrummet kl. 16-23 i hverdage samt i weekender og helligdage kl. 8-23

Hvem skal kende instruksen?

- Ledere
- Sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, kvalitetsansvarlige på plejehjem.

Formål med instruks

Dette er en tværkommunal instruks for klinisk vurdering ved udkørende funktion og videokonsultation med bagvagt som alternativ til indlæggelser for borgere på plejehjem på hverdage kl. 16-23 samt i weekender og helligdage kl. 8-23.

Instruks skal videreudvikles, så den passer til lokale forhold i den enkelte kommune.

Definitioner af begreber

Med udkørende funktion menes de udkørende kommunale akutfunktioner eller 1813's udekørende paramedicinere/kørelæger.

Formålet med samarbejdet om alternative forløb til indlæggelser for borgere på plejehjem

Denne instruks omhandler de arbejdsgange, som plejehjemmets personale skal følge i samarbejdet. Der findes også instrukser med de arbejdsgange, som hhv. den kommunale udekørende akutfunktion, 1813 og akutmodtagelserne skal følge i samarbejdet.

Borgere på plejehjem er ofte skrøbelige og tåler dårligt ophold på hospitalerne, da de ofte fører til delir, funktionsnedsættelser, infektioner mv. Der er ofte alternativer til en akut hospitalsindlæggelse, hvor behandlingen i mange tilfælde kan iværksættes på plejehjemmet. Kommunale plejehjem, 1813 og hospitalernes akutmodtagelser skal derfor samarbejde om, at borgere med forværring af helbredstilstanden bliver vurderet af kommunens akutfunktion eller 1813's udekørende funktion, hvorefter 1813-lægen tager stilling til, om borgeren skal tilses på hospital. I givet fald vurderer bagvagten på akutmodtagelsen om behandlingen kan varetages på plejehjemmet under akutmodtagelsens behandlingsansvar. Dette i samarbejde med den kommunale akutfunktion og plejehjemmet. Formålet er at reducere antallet af fysiske vurderinger på akutmodtagelserne og hospitalsindlæggelser for skrøbelige borgere, der bor på plejehjem.



Hvad skal du gøre som personale på plejehjemmet?

Bemærk, at de nedenstående opgaver skal varetages af en sygeplejerske eller social- og sundhedsassistent. Hvis der ikke er en af disse faggrupper til stede på plejehjemmet, som kan varetage opgaverne, skal plejehjemmet kontakte den kommunale akutfunktion, og de skal udføre de nedenstående opgaver i samarbejde med en medarbejder på plejehjemmet, som har kendskab til borgeren.

1. Du skal lave en TOBS (Tidlig Opsporing af Begyndende Sygdom) på borgere i nedenstående tilfælde

Når du skal lave en TOBS, skal du gøre brug af din lokale TOBS-instruks.

- Når borger selv giver udtryk for ændring af sin almene helbredstilstand
- Når du eller en sundhedsfaglig kollega observerer ændringer eller har en bekymring for borgers almene helbredstilstand:
 - Mistanke om at borger har en infektion
 - Borger er mere sløv, drikker/spiser mindre
 - Borger virker mere forvirret/glemsom
 - Borger har funktionsevnetab
- Når borger er faldet og der vurderes behov for værdimåling
- Ved større ændringer i borgers helbredstilstand, fx i forbindelse med udskrivning fra hospital eller hjemkomst fra et midlertidigt døgnophold
- Ved tvivl om, du skal udføre en TOBS-vurdering – så udfør en TOBS-vurdering.

2. Du skal danne dig et overblik over følgende:

- Borgerens kroniske og akutte tilstande
- Behandlingsniveau og ønsker for behandling
- Borgerens lokalt oprettede medicinoversigt.

3. Du skal kontakte 1813 PRIO, når kommunens lokale TOBS-handlingsalgoritme tilsiger det

- Du skal overlevere dine information til 1813 PRIO efter ISBAR-princippet



- Du skal oplyse, at du ringer fra et pilotplejehjem
- 1813 PRIO har herefter muligheder:
 - Forløb afsluttes efter telefonisk kontakt, evt. vejledning om kontakt til egen læge næste dag
 - 1813 kontakter telefonisk den kommunale akutfunktion mhp. at akutfunktionen kører ud til borger og foretager en sygeplejefaglig vurdering af borger. Hvis akutfunktionen ikke er tilgængelig eller det af anden årsag skønnes hensigtsmæssigt, kan paramediciner/1813 kørelæge fra den præhospitale virksomhed foretage vurderingen
 - Hvis det drejer sig om akut tidskritisk tilstand, kan 1813 vælge direkte at indlægge patienten med en akut ambulance.

4. I tilfælde af, at 1813 sender den kommunale akutfunktion (eller paramediciner/kørelæge) til plejecenteret, for at foretage en klinisk vurdering af borgeren

- Du skal deltage ved den kliniske vurdering og bidrage med relevante oplysninger om borgeren, fx behandlingsniveau/plan
- Det er vigtigt, at den udkørende funktion oplyser til 1813 PRIO, at der ringes fra et pilotplejehjem.

5. I tilfælde af, at den kliniske vurdering fører til, at hospitalslægen i akutmodtagelse i samråd med den kommunale akutfunktion (eller paramediciner/kørelæge) beslutter, at borgeren skal modtage behandling på plejehjemmet:

- Du skal fremsende plejehjemslægens KM med oplysningerne om behandlingsniveau- og plan til hospitalet via KM
- Du skal aftale med den kommunale akutfunktion, hvilke opgaver plejehjemmet har ansvar for i behandlingsforløbet, og hvilke opgaver akutfunktionen har ansvar for
- Bemærk at hospitalets akutmodtagelse har det lægelige behandlingsansvar under behandlingsforløbet.

Virtuel stuegang

- Borgeren følges med daglig virtuel "stuegang", første gang er altid dagen efter den akutte henvendelse (på 2. og 3. døgn kan daglig stuegang nedjusteres, hvis der er enighed fra personalet på plejehjemmet, akutfunktion og hospitalslægen). Der gives information om, hvilket telefonnummer BV skal bruge til videolink næste dag.



- Ved virtuel stuegang er den kommunale akutfunktion/udkørende geriatrisk team til stede hos borgeren sammen med en sygeplejerske eller social- og sundhedsassistent fra plejehjemmet med kendskab til borgeren
- Akutfunktionen har før stuegang udarbejdet en vurdering efter ABCDE-princippet og evt. relevante POCT. Information overleveres ved ISBAR princip
- Virtuel stuegang kan tidligst starte kl. 9.15. Det præcise tidspunkt for virtuel stuegang koordineres mellem akutfunktionen og akutmodtagelsen. Akutfunktionen giver plejehjemmet besked om tidspunkt, senest kl. 14. dagen før
- Behandlingsansvarlig læge fra akutmodtagelsen sender link i sms til device og starter opkald på videolink
- Imellem "stuegang" kan behandlingsansvarlig læge ordinere TOBS og tilsyn fra akutfunktionen, jf. samarbejdsaftale om kommunale akutfunktioner
- Imellem stuegang kan akutfunktionen tage telefonisk kontakt til behandlingsansvarlig læge på telefonnummer 38686341 (HGH) / xxxxxxxx (AHH) hvis borgerens tilstand ændrer sig
- Hvis borgeren undervejs i forløbet får behov for indlæggelse, så skal akutmodtagelsen bestille kørsel
- Når borgeren er færdigbehandlet, fortsættes med 96 timers behandlingsansvar. Det er lægen i akutmodtagelsen, der har behandlingsansvaret.



Bilag 2: Arbejdsgange i Akutberedskabet

PILOTPROJEKT: KLINISK VURDERING VED UDKØRENDE FUNKTION OG VIDEOKONSULTATION MED BAGVAGT SOM ALTERNATIV TIL INDLÆGGELSE FOR BORGERE PÅ PLEJEHJEM I TIDSRUMMET KL. 16-23 I HVERDAGE SAMT I WEEKENDER OG HELLIGDAGE KL. 8-23

Formål

Projektet er et tværgående samarbejde mellem kommuner, praktiserende læger, Akutberedskabet og Akutmodtagelser i Region Hovedstaden. Projektet er forankret i Styregruppen for Fremtidens Akutområde og er ét af fire initiativer, der gennemføres i 2025 med henblik på at forebygge unødvendige indlæggelser og genindlæggelser, særligt fra plejecentre.

Primære formål

Det primære formål med dette pilotprojekt er at undersøge, om virtuel indlæggelse kan være en bedre løsning end fysisk indlæggelse på hospital for nogle borgere på udvalgte plejecentre, som fremstår med akut sygdom. Om borgeren skal tilbydes virtuel eller fysisk indlæggelse beror på Akutmodtagelsens vurdering gennem virtuel videokonsultation med den udkørende funktion. Hvis borgeren vurderes som kandidat til virtuel indlæggelse, koordineres eventuel hjemmebehandling og virtuel stuegang mellem akutmodtagelsen og de kommunale akutfunktioner. Formålet er også således også at øge fokus på henvisning til de kommunale akutfunktioner, hvor det kan forebygge akut indlæggelse, samt afprøve nye tværgående samarbejder om den virtuelt indlagte borger.

Sekundære formål

Akuttelefonen 1813 samarbejder i forvejen med kommunale akutfunktioner og tilser ved behov borgere på plejecentre med udkørende læge, der kan opstarte behandling på stedet. Det nye for Akutberedskabet er at tilkoble endnu en udkørende ressource der kan supplere det nuværende set-up ved tidskrisiske tilfælde, utilgængelighed ved kommunale akutfunktioner og ved behov for udstyr til udredning, lindring og behandling i den akutte fase. I projektet indgår afprøvelse af akutbilerne som ny udkørende funktion til klinisk vurdering af ældre borgere med akutte symptomer, med henblik på at igangsætte lindrende pleje og behandling i samarbejde med akuttelefonen 1813 og eventuelt efterfølgende videokonsultation med akutmodtagelsen. I Akutberedskabet er det sekundære formål derfor en intern afprøvning af arbejdsgange mellem Akuttelefonen 1813 og Akutbiler, akutbilskoordinator og dispatch, som driftes gennem AMK Vagtcentralen.



Et andet sekundært formål med pilotprojektet er gennem løbende dialog og samarbejde med akutmodtagelserne under pilotperioden at identificere og beskrive cases, hvor vurderingen i 1813 telefonen gav anledning til visitation til indlæggelse, men hvor akutmodtagelsen ved konsultation efterfølgende vurderer, at borger ikke er kandidat til hospitalsbehandling. Fælles læring af disse cases vurderes af stor værdi for alle parter, inklusive borgere.

Praktiske informationer

Pilotprojektet foregår i tidsrummet kl. 16 til kl. 23 i hverdage og fra kl. 08 til kl. 23 i weekender og helligdage. Udenfor disse tidsrum følges vanlig procedure.

Projektet starter 2. juni og inklusion slutter efter ca. 25-30 borgere fra pilotplejecentre henvist til akutmodtagelserne.

Pilot-plejecentre:

Tårnby	Løjtegårdsvej Plejehjem
København	Bomi-parken
København	Peder Lykke Centret
København	Dronning Ingrid's Hjem
Rudersdal	Birkerødpark
Rudersdal	Bistrupvang

Pilot-kommunale akutfunktioner: Københavns Kommune, Tårnby & Rudersdal

Pilot-akutmodtagelser: Amager og Herlev

Pilot-akutbiler: Dragør, Frederiksberg og Ballerup

Beskrivelse af arbejdsgange

Nedenstående beskrivelse af arbejdsgange fokuserer på de nye tværgående arbejdsgange, særligt mellem 1813 og akutbil samt i overdragelsen af den af 1813 vurderede indlæggelseskrævende borger til akutmodtagelsen.

Definition: I arbejdsgangsbeskrivelsen anvendes betegnelsen "indlæggelse" som en fælles betegnelse for den hospitalskontakt borger får ved enten at blive henvist til vurderingssporret i akutmodtagelsen eller en regulær indlæggelse via CVI.

Arbejdsgange



1. **Pilotplejecenter** ringer til PRIO-linjen på tlf. 38698901 og oplyser "pilotplejecenter". Oplysningen er først relevant for 1813 hvis borger vurderes indlæggelseskrævende
 2. **Inklusion;** Det er som udgangspunkt kun Gerisporet med PRIOlinjen der indgår i pilotprojektet. Ringer plejecenteret til telefonnummer 1813 der besvares af SFV, udgår borger af projektet.
 3. **Geri-PRIO-læge** modtager opkaldet fra pilotplejecenter og afdækker borger som vanligt, inklusive visitation til kommunal akutfunktion og anvendelse af foto/videolink (hvis indringers telefon tillader det), eller udkørende læge og som noget nyt, om borger kunne have gavn af tidskritisk klinisk vurdering og evt. behandling ved akutbilen (for udstyr og mulige behandlinger i akutbilen, se længere nede).
 4. **Kørelæge** – borgere fra pilotplejecentre der tilses af kørelæge fra 1813 inkluderes også i pilotprojektet, og kørelæge ringer til CVI og fortæller om projektborger fra pilotplejecenter, hvis borger vurderes indlæggelseskrævende. Kørelæge skal huske at angive deres telefonnummer. Kørelæge bliver ved borger og bagvagten sender link til fælles videokonference. Kørelæge afslutter hændelse med dokumentation i Logis Mobile Doc, Herefter skal Akutmodtagelsen overtage behandlingsansvaret for borger.
 5. **Kommunale akutfunktioner** kontaktes som vanligt ved telefonopkald (ufravigeligt) og digital henvisning efter samtalen.
 6. **Rekvirering af akutbil:** PRIOlæge ringer til akutbilskoordinator (AKB-K) på tlf. 38 69 89 37 og informerer om pilotborger og behov for klinisk vurdering. Opgaver til paramediciner skrives i feltet "bemærkninger" i hændelsen samt tlf. nummer til PRIO som paramedicinen kan ringe tilbage på.
 7. **AKB-K** håndholder kørslen for at sikre, at turen ikke omvisiteres til ambulance, og opretter AKB-respons.
 8. **Paramediciner (PM)** på Akutbilen (AKB) vurderer borger som efterspurgt af 1813
 9. **Kommunal akutfunktion eller PM ringer tilbage til PRIOlæge** og rapporterer klinisk vurdering, og det tlf nummer som akutmodtagelsen kan sende videolink til. Bliver ved borger.
 10. **PRIOlæge** Beskriver anamnese som vanligt + tlf. nr til udkørende funktion (til brug for videolink) og ringer til CVI på pilot-akutmodtagelsen. PRIOlæge oplyser CVI om pilotborger og formidler telefonnummer på udkørende funktion/plejehjemmets device (til videolink). PRIOlæge på 1813 afslutter hændelse og ansvaret for borger er overdraget til akutmodtagelsen.
 11. **CVI** opretter pilotborger i SP og kontakter hurtigst muligt bagvagt om, at der står udkørende funktion klar hos pilotborger og afventer videokonsultation.
 12. **Bagvagt i akutmodtagelse** sender videolink til det oplyste nummer og der gennemføres videokonsultation med den udkørende funktion, hvor der tages stilling til om borger skal indlægges virtuelt eller fysisk.
 13. **Akutbilen** dokumenterer i PPJ efter endt videokonsultation og rapporterer tilbage til AKBK.K og gerne også til PRIOlægen.
 14. Pilotborgere der har behov for akut hospitalsbehandling, får vanlig respons
 15. Hvis udkørende funktion venter for længe på videolink fra bagvagt på akutmodtagelse, kontaktes PRIOlæge og der træffes ny beslutning.
-
1. Pilotprojektet må ikke kompromittere borgers patientsikkerhed



2. Hvis udkørende funktion venter for længe på fremsendt link til videokonsultation, ringer de tilbage til 1813 mhp. evt. anden respons og eksklusion af projektet.
3. Akuttelefonen 1813 følger vanlig arbejdsgang indtil der vurderes behov for indlæggelse fra pilotplejecenter

Akutbilen

Avanceret Diagnostik

Måling af V-GAS

Urinstix

CRP

Ultralyd (forventes fuldt implementeret i løbet af 2025).

Patientvurdering

EKG12

Blodtryksmåling

Pulsmåling

Iltmætning

Konferering med lægefaglig ressource (AMK-læge, egen læge, 1813-prio/bagvagt samt AFK-funktion på BBH).

Hjemmebehandling

Opstart og evt. afslutning af behandling i hjemmet.

Medicinsk basisudstyr:

- Defibrillator
- EKG12-apparat til hjerteovervågning og diagnostik
- Blodtryksmåler
- Pulsoximeter (iltmætning)
- Kapnografi
- Blodsukkermåling
- Temperaturmåling (øre)
- Diverse medikamenter og utensilier til akutbehandling
- Masker med nebulisator til bl.a. KOL og astma patienter,
- Medicin intravenøst, intraossøst, og intranasalt (med MAD-forstøver)
- EI-sug
- Infusionspumpe.

Point-of-Care Testing (POCT) Udstyr

- V-GAS: Giver mulighed for avanceret måling af elektrolytter og blodgasser (Na⁺, K⁺, Ca, Hæmatokrit, Laktat, Kreatinin og Ph)
- Urinstix (under implementering)



- CRP-måler
- Ultralyd (under implementering).

Medicin på akutbilen

Atropin 3 ml, 1 mg/ml
 Furosemid 4 ml, 10 mg/ml
 Amiodaron 3 ml, 50 mg/ml
 Adrenalin 1 ml, 1 mg/ml
 Adrenalin 10 ml, 1 mg/ml
 Diazepam 2 ml, 5 mg/ml
 Ketorolac 1 ml, 30 mg/ml
 Fentanyl 2 ml, 50 µg/ml
 Naloxon 1 ml, 0,4 mg/ml
 Ondansetron 2 ml, 2mg/ml
 Esketamin 2 ml, 25 mg/ml
 Tranexamsyre 10 ml, 100 mg/ml
 Thiamin 2 ml, 100 mg/ml
 Glukagon 1 mg
 Solvens til Glukagon 1 ml
 Methylprednisolon 1 ml, 40 mg/ml
 Clemastin 2 ml, 1 mg/ml
 Hydrocortison 2 ml, 50 mg/ml
 Druesukker 13 ml, 1,4 g/ml
 Heparin 10 ml, 1.000 IE/ml
 Midazolam (blå) 1 ml, 5 mg/ml
 Midazolam (orange) 2 ml, 5 mg/ml
 Glyceryltrinitrat 0,4 mg/dosis
 Acesylsalicylsyre 150 mg/tbl.
 Paracetamol 500 mg/tbl.
 Ibuprofen 400 mg/tbl.



Bilag 3: Tværkommunal instruks for udkørende funktioner

Projekt: Klinisk vurdering ved udkørende funktion og videokonsultation med bagvagt som alternativ til indlæggelse for borgere på plejehjem i tidsrummet kl. 16-23 i hverdage samt i weekender og helligdage kl. 8-23

Hvem skal kende instruksen?

- Ledere og daglige ledere af plejehjem
- Ledere af kommunal akutfunktion
- Medarbejdere i kommunale akutfunktioner

Formål med instruks

Dette er en tværkommunal instruks for klinisk vurdering ved udkørende funktion og videokonsultation med bagvagt som alternativ til indlæggelser for borgere på plejehjem på hverdage kl. 16-23 samt i weekender og helligdage kl. 8-23.

Hver enkelt kommune skal videreudvikle instruks, så den passer til den lokale kontekst i den enkelte kommune.

Definitioner af begreber

Med udekørende funktion menes de udekørende kommunale akutfunktioner eller 1813's udekørende paramedicinere/kørelæger.

Formålet med samarbejdet om alternative forløb til indlæggelser for borgere på plejehjem

Denne instruks omhandler de arbejdsgange, som den kommunale akutfunktion skal følge. Der findes også instrukser med de arbejdsgange, som hhv. plejehjemmets personale, 1813 og akutmodtagelserne skal følge i samarbejdet.

Borgere på plejehjem er ofte skrøbelige og tåler dårligt ophold på hospitalerne, da de ofte fører til delir, funktionsnedsættelser, infektioner mv. Der er ofte alternativer til en akut hospitalsindlæggelse, hvor behandlingen i mange tilfælde kan iværksættes på plejehjemmet. Kommunale plejehjem, 1813 og hospitalernes akutmodtagelser skal derfor samarbejde om, at borgere med forværring af helbredstilstanden bliver vurderet af kommunens akutfunktion eller 1813's udekørende funktion, hvorefter 1813-lægen tager stilling til, om borgeren skal tilses på hospital. I givet fald vurderer bagvagten på akutmodtagelsen om behandlingen kan varetages på plejehjemmet under akutmodtagelsens behandlingsansvar. Dette i samarbejde med den kommunale akutfunktion og plejehjemmet. Formålet er at reducere



antallet af fysiske vurderinger på akutmodtagelserne og hospitalsindlæggelser for skrøbelige borgere, der bor på plejehjem.

Telefonisk opkald fra 1813 til den kommunale akutfunktion³/udkørende paramediciner eller 1813 kørelæge

- Den kommunale akutfunktion bliver telefonisk kontaktet af 1813, mhp. at udføre en sygeplejefaglig klinisk vurdering af borger på plejehjemmet samt evt. POCT- blodprøvetagning.
- 1813 sender efterfølgende en skriftlig elektronisk kommunikation (henvisning)

Herefter koordinerer og planlægger den kommunale akutfunktion besøget hos borgeren.

Klinisk vurdering af borgeren - hvad skal du gøre som udkørende akutfunktion / (udkørende paramediciner eller 1813 kørelæge)

- Ved ankomst på plejehjemmet:
 - Dialog med plejehjems personale med kendskab til borgeren
 - Udførelse af en sygeplejefaglig klinisk vurdering, som er en helhedsorienteret vurdering af borgeren, herunder ABCDE-vurdering, TOBS og ordinerede POCT-blodprøvetagning (CRP, HgB, BS).
- Telefonisk tilbagemelding til 1813:
 - Kontakt telefonisk til 1813 (Priolinjen) og giv en status på borgeren jf. oplysninger fra den kliniske vurdering
 - Oplys at du ringer fra et pilotplejehjem
 - Hvis 1813 vurderer behov for indlæggelse kontaktes CVI, melder de patienten og overleverer telefonnummeret på den udkørende funktion/plejehjemmets device (til brug for videolink) til CVI. Akutfunktionen bliver hos borger. 1813 afslutter hændelsen.
 - Bagvagt i akutmodtagelse sender VDX link til det oplyste telefonnummer, og opretter videoforbindelse mhp. overlevering jf. oplysninger fra den kliniske vurdering.

Bagvagten i akutmodtagelsen kan beslutte:

- at iværksætte behandling på plejehjemmet, hvor lægen i akutmodtagelsen har behandlingsansvaret under forløbet
- at afslutte forløbet

³ Forløbet kan også starte med et telefonopkald fra plejehjemmet til den kommunale akutfunktion.



- at indlægge borgeren på akutmodtagelsen
- at give en subakut tid den følgende dag (kun hverdage).
- Bagvagten i akutmodtagelsen informerer den kommunale akutfunktion om planen for borgeren, enten via videokonference (eller telefonopkald). Behandlingsplanen sendes via en KM og skal indeholde:
 - Behandlingsplan
 - Aftaler om opfølgning på behandling og evt. video (eller telefonopkald)
 - Aftaler om hyppighed for målinger
 - Aftaler om logistik for evt. ny medicin. Ved ny medicin, sender hospitalet dette med taxa til plejehjemmet
 - Aftaler om tilsyn ved kommunal udkørende funktion.

Ved igangsættelse af behandling på plejehjemmet

Den kommunale akutfunktion ansvar for at:

- Orienter sig om behandlingsplan og ordinationer i KM fra bagvagten i akutmodtagelsen
- Igangsætte behandling jf. behandlingsplanen og koordinere opgaverne med ansvarshavende på plejehjemmet (obs de opgaver der skal løses af den kommunale akutfunktion og de opgaver der skal løses af plejehjemmet, når akutfunktionen ikke er på plejehjemmet)
- Deltage i virtuel stuegang sammen med plejhjems-personale
- Aftale med personale på plejehjemmet, hvornår der følges op ved den kommunale akutfunktion
- Dokumentere i borgerens journal efter gældende retningslinjer.

Plejehjemmet har ansvar for følgende i behandlingsforløbet:

- Sygeplejerske, social og sundhedsassistent sender KM med plejhjemslægens notat vedr. behandlingsniveau til hospitalet
- Sygeplejerske, social og sundhedsassistent vurderer løbende borgerens helbreds-tilstand
- Udfører pleje og behandling jf. behandlingsplan afstemt med den kommunale akutfunktion
- Deltager i virtuel stuegang
- Følger vanlig arbejdsgang for TOBS medmindre den behandlingsansvarlige læge har fastsat en anden observationshyppighed
- Kontakt til pårørende
- Dokumentere i borgerens journal efter gældende retningslinjer.

Virtuel stuegang:



SUNDHEDSAFTALEN

Region Hovedstaden, kommunerne og almen praksis

- Borgeren følges med daglig virtuel "stuegang", første gang er altid dagen efter den akutte henvendelse (på 2. og 3. døgn kan daglig stuegang nedjusteres, hvis der er enighed fra personalet på plejehjemmet, akutfunktion og hospitalslægen). Der gives information om, hvilket telefonnummer BV skal bruge til videolink næste dag.
- Ved virtuel stuegang er den kommunale akutfunktion/udkørende geriatrisk team til stede hos borgeren sammen med en sygeplejerske eller social- og sundhedsassistent fra plejehjemmet med kendskab til borgeren
- Akutfunktionen har før stuegang udarbejdet en vurdering efter ABCDE-princippet og evt. relevante POCT. Information overleveres ved ISBAR princip
- Virtuel stuegang kan tidligst starte kl. 9.15. Det præcise tidspunkt for virtuel stuegang koordineres mellem akutfunktion og akutmodtagelsen. Akutfunktion giver plejehjemmet besked om tidspunkt, senest kl. 14. dagen før
- Behandlingsansvarlig læge fra akutmodtagelsen sender link i sms til device og starter opkald på videolink.
- Imellem "stuegang" kan behandlingsansvarlig læge ordinere TOBS og tilsyn fra akutfunktionen, jf. samarbejdsaftale om kommunale akutfunktioner
- Imellem stuegang kan akutfunktionen tage telefonisk kontakt til behandlingsansvarlig læge på telefonnummer 38686341 (HGH) / xxxxxxxx (AHH) hvis borgerens tilstand ændrer sig
- Hvis borgeren undervejs i forløbet får behov for indlæggelse, så skal akutmodtagelsen bestille kørsel
- Når borgeren er færdigbehandlet, fortsættes med 96 timers behandlingsansvar. Det er lægen i akutmodtagelsen, der har behandlingsansvaret.



Bilag 4: Arbejdsgang i akutmodtagelsen

Projekt: Klinisk vurdering ved udkørende funktion og videokonsultation med bagvagt som alternativ til indlæggelse for borgere på plejehjem

Mellem 16-23 på hverdage og 8-23 i weekender/helligdage:

Afprøvning

Personale på plejehjem vurderer, at en borger har behov for en sundhedsfaglig indsats og ringer til 1813. 1813 taler med personale på plejehjem og sender en udkørende funktion ud til at foretage en klinisk vurdering (den kommunale akutfunktion, alternativt paramediciner eller kørelæge). Den udkørende funktion foretager en helhedsvurdering af patienten og konfererer med 1813.

Hvis 1813 vurderer behov for indlæggelse kontaktes CVI, melder patienten og overleverer telefonnummeret på den udkørende funktion/plejehjemets device (til brug for videolink) til CVI. Akutfunktionen bliver hos borger. 1813 afslutter hændelsen. CVI opretter patienten, som så fremgår af patientoversigten i SP ("meldt vurdering/indl.").

Bagvagt (BV) på hospital: Kontaktes telefonisk af CVI, som giver et telefonnummer til den kommunale akutfunktion, som står hos patienten. BV sender VDX link til akutfunktionens telefon gennem navigator i SP. BV opretter videoforbindelse til akutfunktionen, som overleverer den systematiske gennemgang, vitale parametre og evt. blodprøver. BV skal prioritere denne opgave som haste.

BV træffer beslutning om

1. Der gøres ikke yderligere, kontakten afsluttes med rådgivning.
2. Der opstartes behandling i hjemmet, hospitalet har behandlingsansvar under pågående behandling, inklusive forløbet i hjemmet + 96 timer efter (yderligere beskrivelse nedenfor). Der kan aftales stuegang/konference dagen efter. BV har ansvar for at udarbejde en behandlingsplan, som sendes som korrespondance til kommunen. Behandlingsplanen beskriver hvornår og hvordan, der skal følges op og hvilke forudsætninger, der skal være klar. Tidspunktet for en efterfølgende virtuel "stuegang" skal også fremgå.

Hvis akutmodtagelsen efter videokonsultation med akutbilen eller kørelæge vurderer, at der er behov for gentagen behandling, opstartes initialbehandling via paramediciner og akutmodtagelsen henviser efterfølgende til kommunal akutfunktion og sikrer, at borger får besøg herfra efter behov.

3. Patienten indlægges på akutmodtagelsen via CVI. BV melder. CVI bestiller transport.
4. Patienten vurderes subakut dagen efter på akutmodtagelsen ved akut geriatrisk team (kun hverdage) eller ved udkørende geriatrisk team (kun hverdage).

Dokumentation



Patienten fremgår af SP oversigten, som meldt og på vej til Akutmodtagelsen fysisk.

Ved beslutning 1, 3 og 4: BV laver notat i SP på samme måde, som hvis patienten var til stede fysisk. Der laves AKA notat og sendes en korrespondance til kommunen (besked til akutfunktionen).

Ved beslutning 2: Patienten flyttes i SP til virtuelt afsnit. Herefter bruges navigatoren til "hjemmebehandling". Så længe patienten har brug for "hospitalsindsats" skal patienten fremgå på det virtuelle afsnit og der skal lægges en individuel plan for opfølgning (virtuel stuegang med akutfunktion (eller evt. udkørende geriatrik team) og personale på plejehjem). Dokumentation ved "hjemmebehandling" foregår i SP navigator. BV's notater skal sendes som korrespondancer til akutfunktionen. Desuden sendes orientering til egen læge (KM) om, at patienten vil modtage behandling på plejehjemmet, og at hospitalet har det fulde behandlingsansvar.

Ordineres medicin, gøres dette i SP og i FMK-online (inkl. afstemning). Hospitalet skal udlevere medicin/IV væske, hvis borgeren behandles på plejehjemmet (sendes i en taxa, hvis behandling skal starte op med det samme).

Når patienten kan "udskrives", afsluttes kontakten i navigatoren og der sendes epikrise til egen læge og korrespondance til kommunen. Hospitalet har 96 timers behandlingsansvar.

Opfølgning efter den akutte kontakt, borgere, som behandles i hjemmet

Patienten følges som udgangspunkt med daglig "stuegang", første gang er altid dagen efter den akutte henvendelse. Dette kan ske virtuelt, hvor den kommunale akutfunktion deltager. Alternativt hvor en regional udgående funktion følger op (geriatrik team, kun hverdage).

Ved stuegang er den kommunale akutfunktion til stede hos borgeren sammen med en sundhedsperson, som er ansat på plejehjemmet. Det forventes desuden at sundhedspersonen på plejehjemmet kender/har overblik over borgerens akutte og kroniske tilstand, behandlingsniveau og ønsker for behandling og medicin.

Ved fysisk besøg af en udgående regional funktion laver teamet selv målinger og anden udredning. En sundhedsperson fra plejehjemmet deltager.

Den virtuelle stuegang/fysiske besøg ved hospitalslæge afsluttes med en dokumenteret behandlingsplan, som sendes som korrespondancemeddelelse til kommunen. Når hjemmebehandlingen afsluttes, sendes korrespondance til kommunen og epikrise til egen læge.

Virtuel stuegang skal foregå ud fra nedenstående principper

- Patienten følges med daglig "stuegang", første gang er altid dagen efter den akutte henvendelse (på 2. og 3. døgn kan daglig stuegang nedjusteres, hvis der er enighed fra personalet på plejehjemmet, akutfunktion og hospitalslægen. Der gives information om, hvilket telefonnummer BV skal bruge til videolink næste dag.
- Virtuel stuegang kan tidligst starte kl. 9.15. Det præcise tidspunkt for virtuel stuegang koordineres mellem akutfunktion og akutmodtagelsen. Akutfunktionen giver plejehjemmet besked om tidspunkt.



- Ved virtuel stuegang er den kommunale akutfunktion/udkørende geriatrik team til stede hos borgeren sammen med en sundhedsperson, som er ansat på plejehjemmet. Behandlingsansvarlig læge fra akutmodtagelsen starter opkald på videolink.
- Akutfunktionen har før stuegang udarbejdet en vurdering efter ABCDE-princippet og evt. relevante POCT. Information overleveres ved ISBAR princip.
- Imellem ”stuegang” kan behandlingsansvarlig læge ordinere TOBS og tilsyn fra akutfunktioner, jf. samarbejdsaftale om kommunale akutfunktioner.
- Imellem stuegang kan akutfunktionen tage telefonisk kontakt til behandlingsansvarlig læge på telefonnummer 38686341 (HGH) / xxxxxxxx (AHH) hvis borgerens tilstand ændrer sig
- Hvis borgeren undervejs i forløbet får behov for indlæggelse, så skal akutmodtagelsen bestille kørsel.



Bilag 5: Tidsplan for projektgruppen om Klinisk vurdering ved udkørende funktion og videokonsultation med bagvagt som alternativ til indlæggelse for borgere på plejecentre

Aktivitet	2025											
	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec
1. møde. Leverancer og proces			5/3									
2. møde. Arbejdsgangsbeskrivelser				3/4								
3. møde. Projektbeskrivelse og evalueringssæt-up					8/5							
4. møde. Opsamling på pilot/videre proces								20/8				
Tjek ind – klar til pilot mv.					26/5	16/6 & 26/6						
Opstart pilotafprøvning						2/6						
Opstart kvalitative analyser						ultimo juni						
Opstart kvantitative analyser								?				
Styregruppe godkendelse og status		20/2			23/5					3/10		2/12
Tværasektoriel strategisk styregruppe godkendelse og status	24/1									31/10		
Sundhedssamarbejdsudvalget godkendelse og status		28/2										5/12

Bilag 6: Projektgruppens sammensætning

Projektejer

Kasper Karmark Iversen, cheflæge, professor i akutmedicin, Herlev og Gentofte hospital

Brugerrepræsentant

Afventer melding fra kommunerne

Hospitalerne

Martin Schultz, cheflæge, afdeling for ældre sygdomme, Amager og Hvidovre hospital

Kommunerne

Anna Inmann, leder af det Tværkommunale AkutTeam, Rudersdal Gentofte Gladsaxe kommuner

Rasmus Hjardem-Hansen, læge, Frederiksberg kommune

Jens Jørgen Lemvig, distriktschef, Tårnby Kommune

Linda Rask Westergaard, sundhedsfaglig chefkonsulent, Københavns kommune

Ninna Christmas Møller, sundhedsfaglig specialkonsulent, Københavns kommune

Annette Palle Andersen, specialkonsulent/Sarah Engqvist, konsulent (sekretariatsbetjener kommunerne)

PLO-Hovedstaden

Annette Randløv, praktiserende læge

Frederik Ravn (sekretariatsbetjener PLO-H)

Akutberedskabet

Louise Bangsgaard Antonsen, specialkonsulent, Digitalisering

Tanja Kirstine Hyldahl, klinisk sygeplejespecialist, 1813

Sanne Enok Lauridsen, teamleder

Center for IT- og medicoteknologi

Tina Sloth Scaarup, chefkonsulent, Patienten i Hjemmet

Center for Klinisk forskning og forebyggelse

Ann-Sofie Kofoed Berthelsen, Videnskabelig medarbejder

Sekretariat

Kamilla Walther, chefkonsulent, Center for sundhed

Pernille Faurschou, chefkonsulent, Center for sundhed





Sundhedsaftalen

Region Hovedstaden,
kommunerne og almen praksis

Vejnavn vejnr.
Postnummer By

Telefon: XX XX XX XX
Mail: navn@adresse.dk
www.hjemmeside.dk



Udviklingshospital Amager: Samarbejde om mennesker der lever i udsathed.

Projekt: Planlagte indlæggelser til alkoholabstinensbehandling

Projektets Formål

Formålet med projektet er at skabe sammenhængende tværsektorielle forløb for patienter som er afhængige af alkohol.

Projektets organisering

Projektet er organiseret under styregruppen for udviklingshospital Amager.

Projektet er et forbedringsprojekt som er lokaliseret på Amager Hospital og rettet mod patienter som er bosat i Københavns Kommune (optageområde Amager Hospital), Dragør og Tårnby kommune.

Projektet gennemføres i samarbejde med rusmiddelcentre i nævnte kommuner, Akutklinikken på Amager hospital, privatpraktiserende læger og Psykiatrisk center Amager.

Projektledelsen er forankret i Patientforløb, Amager og Hvidovre Hospital.

Projektgruppe

Projektejer: Styregruppen for udviklingshospital Amager

Projektleder: Christina Philipsen

Projektgruppe:

Socialoverlæge Lisa Fleischer Michaelsen

Socialsygeplejerske: Mia Charlotte Høiager Harder

Repræsentant Medicinsk Afdeling: Oversygeplejerske Maria Svane Altschuler

Repræsentant Fælles ambulatoriet: Sekretær Marianne Frisch Grip-Hansen

Repræsentant Akutklinikken: Speciale ansvarlig overlæge Ane Just Ohrt

Repræsentant Københavns Kommune: Socialoverlæge Lene Caspersen

Repræsentant Københavns Kommune: Specialkonsulent Sofie Husfeldt

Repræsentant Tårnby Kommune: Socialrådgiver Laura Kaas Prag

Repræsentant Privat praktiserende Læger: Læge Anna Mogensen

Repræsentant Psykiatrisk Center Amager: Chefsygeplejerske Nadja Lausen

Projektplan:

1. Kvartal	2. kvartal	3. Kvartal	4. Kvartal
Januar: Projektbeskrivelse og tilrettelæggelse.	April: Udarbejde forløbsbeskrivelse	Juli: Sommerferie og fortsat indsats	Oktober: Fortsat indsats
Februar: Nedsættelse af projektgruppe, afdække viden om alkoholafhængighed og opstarte dialog med interessenter, samt godkendelse af projektets indsatser.	Maj: Opstarte planlagte indlæggelser Afprøvninger: Forsamtale Tværfaglig indlæggelse 3 dages indlæggelse	August: Fortsat indsats Evaluering af afprøvninger Nye afprøvninger: Det koordinerende patientteam Epikrise kvalitet	November: Fortsat indsats Evaluering af afprøvninger Afrapportering Herunder om kvaliteten i behandlingen er blevet bedre.
Marts: Videndeling, tilrettelægge forløbende samt sikre kompetencer og viden om projektet til afdelinger, rusmiddelcentre m.fl.	Juni: Fortsat planlagte indlæggelser	September: Fortsat indsats	December: implementere og forankre projektet.

Baggrund

I løbet af 2024 har 1506 patienter modtaget behandling for alkoholabstinenser på Amager og Hvidovre hospital. Nogle fordi de har været indlagt af anden årsag, men har haft en behandlingskrævende afhængighed af alkohol sideløbende. Andre fordi deres abstinenssymptomer er så komplekse at abstinensbehandlingen ikke kan varetages i den kommunale rusmiddelbehandling, men må foregå under indlæggelse. Dette projekt retter sig mod den sidstnævnte gruppe.

Hidtil har det ikke været muligt for patienter med indlæggelseskrævende abstinenser at planlægge en indlæggelse som en del af et sammenhængende behandlingsforløb, tilrettelagt i den kommunale rusmiddelbehandling. De har derimod skulle møde i hospitalets akutmodtagelser, håbe at deres abstinenser var tilstrækkeligt svære således at de kunne indlægges. Det har ligeledes været svært at koordinere abstinensbehandling forud for f.eks. døgnbehandling for alkoholafhængighed.

Tilbagefald og genindlæggelse er for disse patienter et vilkår og omtrent 40% af alle patienter som har været indlagt til abstinensbehandling på Amager og Hvidovre hospital genindlægges inden for 3 måneder.

Amager og Hvidovre hospital gennemførte i perioden 2021-2022 et projekt rettet mod kvalitet i alkoholabstinensbehandlingen. 161 patienter var inkluderet i projektet som udover at arbejde

målrettet med kompetenceudvikling og kvalitet i behandlingen, struktureret gennemgik patientjournalerne med fokus på hvor lang tid der gik før patienterne opstartede abstinensbehandling, om de blev abstinensscoret hver anden time som retningslinjen foreskriver og om de opnåede søvn det første døgn. Resultaterne af denne gennemgang var desværre nedslående og uden syn-derlig forbedring i projektets løbetid trods ihærdig indsats. Et af forslagene fra dette projekt var at styrke den tværsektorielle indsats samt at sikre at de rette ressourcer var til stede i det afsnit hvor patienterne er indlagt.

På Horsens og Kolding sygehus indlægges patienter med komplekse alkoholabstinenser kun i planlagte forløb og personalet fortæller "at det kun er en succes". Både patienter og personale oplever bedre forløb og færre genindlæggelser. En af begrundelserne er den styrkede koordinering i sektorovergangene, samt at patienterne tilbydes indlæggelse når de er motiveret og klar til indlæggelse.

Indsatsbeskrivelse

Med dette projekt ønsker vi i det tværsektorielle samarbejde at rykke tættere sammen om denne patientgruppe.

Vi vil med planlagte indlæggelser øge mulighederne for at de kommunale tilbud og egen læge kan tilrettelægge gode solide behandlingsforløb som både indbefatter den komplekse abstinensbehandling og den efterfølgende støtte ud af afhængigheden. Vi vil med den planlagte indlæggelse kunne tilbyde denne udsatte patientgruppe en koordineret helhedsorienteret indsats som forhåbentlig vil øge hans/hendes mulighed for at komme sig og få det liv der drømmes om.

Projektet vil forløbe i observationsafsnittet på Amager hospital. Her vil 2 senge stilles til rådighed for projektet. Observationsafsnittet varetager i forvejen alkoholabstinensbehandlingen for de patienter som henvender sig med ønske om ophør. I 2024 var der i gennemsnit indlagt 11 patienter om ugen som modtog alkoholabstinensbehandling i afsnittet.

Ikke alle kan patienter vil kunne indlægges planlagt i projektperioden, det kan være patienter som ikke har dansk cpr-nummer eller andre hvor det er svært at koordinere indsatsen forud for indlæggelsen. Denne gruppe vil kunne medvirke som kontrolgruppe.

Løbende datadrevet evaluering

Som en del af forbedringsmodellen er dette projekt datadrevet.

Det vil være muligt at sammenholde resultaterne fra de planlagte indlæggelser med den kontrolgruppe som indlægges akut.

At forløbet er grundigt tilrettelagt og at personalet ved hvornår patienten indlægges vil forhåbentlig smitte af på kvaliteten i behandlingen, hvorfor det vil være relevant at der også i dette projekt måles på de tre indikatorer fra projektet som blev gennemført tilbage i 2021/2022 og dermed udlede om en planlagt indlæggelse også har effekt på kvaliteten i behandlingen. Der vil desuden blive målt på hvor mange patienter som genindlægges inden for 3 måneder.

Patienterne kodes med Ydelseskode BVAA3 tillægskode: DF102 (diagnosekode for alkoholafhængighed)

Follow-up samtale med patient eller rusmiddelbehandler 3 måneder efter indlæggelsen.

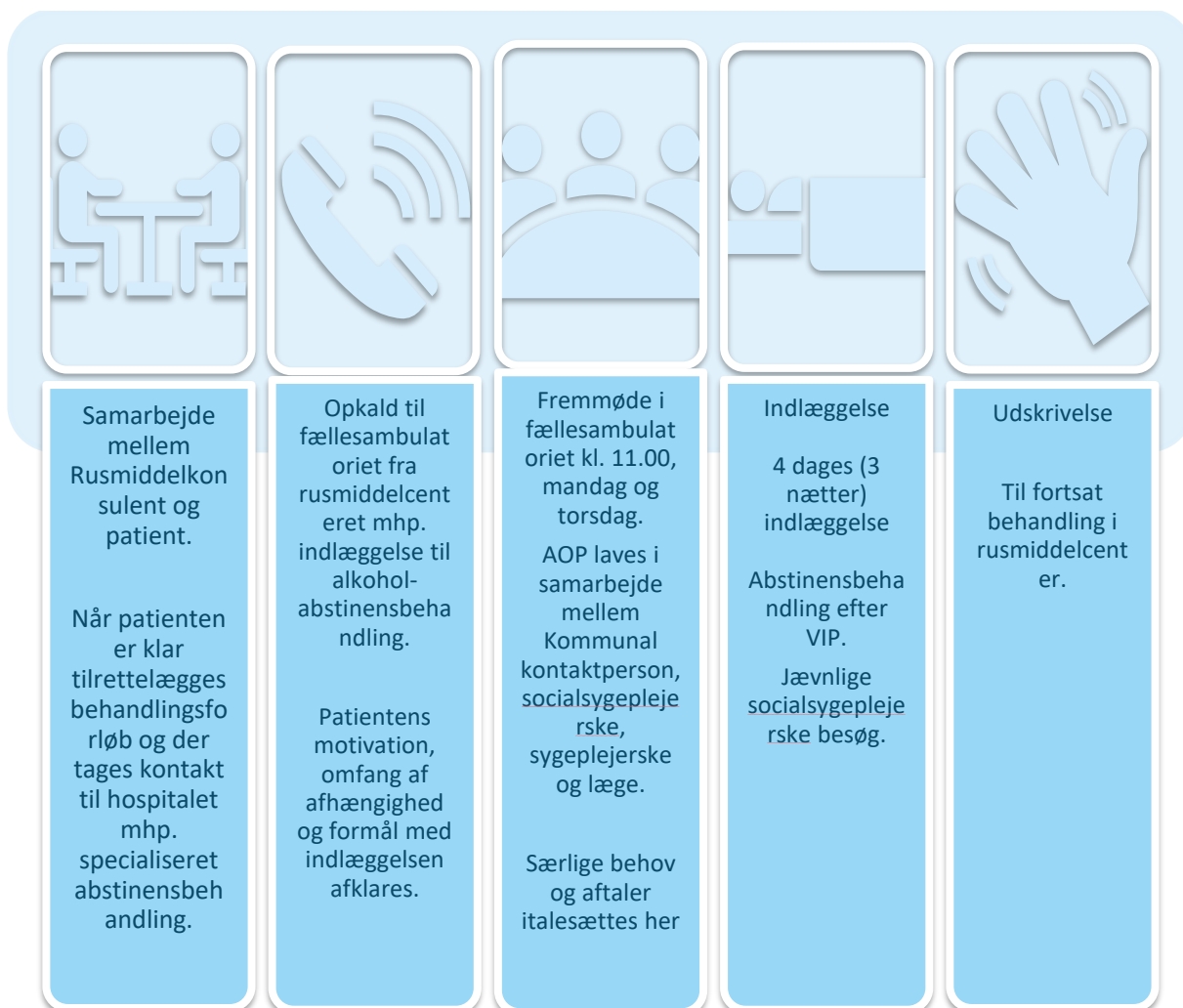
Forslag til afprøvninger

- Vil det være muligt at tilrettelægge planlagte indlæggelser i et akut afsnit.
- Abstinenssymptomer topper på 3. dagen, hvad vil det betyde hvis 3-4 dage er et standardtilbud.
- Telefonisk for- samtale med patient og rusmiddelcenter forud for indlæggelsen. Herunder vil en sekretær kunne varetage denne samtale.
- Tværfaglig indlæggelsesjournal i samarbejde mellem læge, socialsygeplejerske, sygeplejerske og evt. kontaktperson.
- Samarbejde med psykiatrien
- Samarbejde med egen læge – hvordan gør vi epikrisen værdifuld.
- Det koordinerende patientteam – udført i kommunalt regi.

Projektets mål

- At udarbejde og afprøve tværsektorielle pakkeforløb for patienter, som er indlagt til alkoholabstinensbehandling.
- At styrke samarbejdet mellem den kommunale rusmiddelbehandling og AHH
- At skabe tryghed og forudsigelighed under indlæggelsesforløbene for både personale og patienter
- At nedbringe antallet af genindlæggelser

Foreløbigt forslag til tilrettelæggelse af forløbet



Projektets produkter

Forløbsbeskrivelse – Vejen til og fra den planlagte indlæggelse

En struktur for samarbejde med både store og små kommuner

Et projekt som kan skaleres til Hvidovre hospital.

Forudsigelige forløb for både patienter, pårørende og personalet.

Mere lighed i sundhed.

Region Hovedstaden
Center for Sundhed

Fagligt oplæg

HOSPITAL
PSYKIATRI · SOMATIK

REGION



Integration og ligestilling af psykiatri og somatik i Region Hovedstaden

Fagligt oplæg
Integration og ligestilling af psykiatri og somatik i Region Hovedstaden

Udarbejdet af Center for Sundhed

Fotos: Region Sjælland, Region Hovedstadens Psykiatri, Unsplash

Center for Sundhed
Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

INDHOLD

1. BAGGRUND.....	4
2. INDLEDNING	5
2.1 HVORDAN ER ANBEFALINGERNE BLEVET TIL?	7
2.2 PSYKIATRIEN I DAG.....	9
2.3 FOKUS PÅ FORTSAT FREMDRIFT, UDVIKLING OG FASTHOLDELSE AF IGANGSATTE INITIATIVER I PSYKIATRIEN	11
3. PRINCIPPER FOR SAMMENLÆGNING AF PSYKIATRI OG SOMATIK.....	12
4. SAMARBEJDE MED REGION SJÆLLAND.....	14
5. FORSLAG TIL SAMMENLÆGNING AF PSYKIATRI OG SOMATIK.....	16
5.1 PSYKIATRIENS SPECIALISEREDE FUNKTIONER	19
5.2 DEN ALMENE VOKSENPSYKIATRI	20
5.3 RETSPSYKIATRI.....	23
5.4 BØRNE- OG UNGDOMSPSYKIATRISK CENTER	27
6. PSYKIATRI PÅ RIGSHOSPITALET	31
7. TVÆRGÅENDE FUNKTIONER.....	32
7.1 FOKUS PÅ FREDERIKSBERG OG BISPEBJERG HOSPITAL MED EN STÆRK PSYKIATRISK PROFIL	34
8. FREMTIDENS HOSPITALER MED FOKUS PÅ BÅDE PSYKIATRI OG SOMATIK.....	35
8.1 CENTRALE INDSATSER FOR INTEGRATION AF PSYKIATRI OG SOMATIK	37
8.2 FORSLAG TIL FREMTIDIG ADMINISTRATIV UNDERSTØTTELSE AF DE NYE HOSPITALER	42
9. ØKONOMISKE OVERVEJELSER I SAMMENLÆGNING AF PSYKIATRI OG SOMATIK	46
9.1 CENTRALE PULJER TIL PSYKIATRIEN	47
BILAG	48

1. BAGGRUND

I november 2024 indgik regeringen en bred politisk aftale om sundhedsreformen, der markerer en omstilling og nytænkning af det danske sundhedsvæsen. Med aftalen ønsker aftaleparterne at skabe et stærkt og nært sundhedsvæsen, der er tættere på borgerne, og hvor man får en mere sammenhængende pleje, behandling og omsorg, der har blik for det hele menneske.

Et af reformens centrale initiativer er, at borgerne skal have en bedre og mere sammenhængende behandling på tværs af tilbud i psykiatri og somatik - og det betyder, at psykiatri og somatik skal ligestilles og integreres organisatorisk, administrativt og ledelsesmæssigt. Rammerne for implementeringen af aftalen er uddybet i "Aftale om ligestilling og integration af psykiatri og somatik" (se bilag 1).

Ifølge sundhedsreformen og aftale om ligestilling og integration af psykiatri og somatik skal sammenhængen mellem psykiatri og somatik forbedres, da mennesker med både psykiske og somatiske lidelser ofte har komplekse forløb med behov for samtidige indsatser. Integrationen og ligestillingen skal understøtte de kommende sundhedsråds muligheder for at løfte kvaliteten i den tværgående indsats for mennesker med både psykiske og somatiske lidelser. Organiseringen af sundhedsvæsenet skal tage højde for dette, og hospitalerne skal derfor fremover have et samlet ledelsesansvar for både psykiatriske og somatiske behandlingstilbud og indsatser.

Begge aftaler lægger vægt på, at den konkrete organisering og indfasning af integrationen skal ske under hensyntagen til implementering af den samlede 10-årsplan for psykiatrien samt behovet for fortsat tværgående samarbejde på regionsniveau om kapacitet og systematisk kvalitetsudvikling i de psykiatriske specialer.

2. INDLEDNING

Mange danskere vil i løbet af livet opleve psykisk lidelse – enten hos sig selv eller i nær familie. Psykiske lidelser har forskellige sværhedsgrader, og nogle er meget alvorlige, ofte med store konsekvenser for både den enkelte og deres pårørende. Mennesker med svære psykiske lidelser lever i gennemsnit 15-20 år kortere end resten af befolkningen og har ofte samtidig misbrug, somatiske sygdomme og komplekse sociale udfordringer, fx hjemløshed.

Der er potentiale for at forbedre behandlingen af mennesker med psykisk lidelse, da mange oplever, at behandlingen er usammenhængende, utilstrækkelig og kommer for sent. Den somatiske behandling af mennesker med psykiske lidelser er ofte ringere end den, der tilbydes patienter med udelukkende somatisk sygdom.

Ved at integrere og ligestille psykiatri og somatik ønskes en forbedret livskvalitet og tilværelse for mennesker med en psykisk lidelse, med respekt for den enkeltes ønsker og livsvalg.

Sammenlægningen er første skridt på vejen til bedre og mere helhedsorienterede, sammenhængende patientforløb. Det skal sikre et fælles ledelsesansvar og et samlet sundhedsvæsen, hvor alle patienter behandles ligeværdigt, uanset om de har psykiske eller somatiske lidelser. Samtidig skal en integration og ligestilling bidrage til at nedbryde stigmatisering af psykisk lidelse.



Sammenlægningen af psykiatri og somatik skal bidrage til:

- **Bedre og mere helhedsorienterede patientforløb:** Det, der er vigtigt for patienterne, skal være udgangspunkt for nye patientforløb. Somatiske og psykiatriske specialer, der støtter og inspirerer hinanden, vil bedre kunne samarbejde om - og med patienterne - og i fællesskab udvikle nye patientforløb.
- **Længere levetid for patienter med både psykisk og fysisk sygdom**
Større viden om og forståelse for vilkår og symptombillede på tværs af psykiatri og somatik skal føre til tidligere opsporing af somatisk sygdom hos psykiatriske patienter og større opmærksomhed på psykisk lidelse hos somatiske patienter.
- **Afstigmatisering af psykisk lidelse**
Et fælles og ligeværdigt blik på alle patienter vil kunne bidrage positivt til et opgør med stigmatiseringen af psykisk lidelse både i befolkningen og blandt sundhedspersonale.
- **Stærkere faglige miljøer og mere forskning**
De faglige miljøer vil blive stærkere og mere robuste, og det vil skabe grobund for mere forskning i sammenhænge mellem fysiske og psykiske sygdomme.
- **Større arbejdsglæde og høj patienttilfredshed går hånd i hånd**
Bedre mulighed for faglig udvikling, læring på tværs og mere helhedsorienterede patientforløb med mere tilfredse patienter kan øge arbejdsglæden og give bedre vilkår for rekruttering og fastholdelse af medarbejdere i både psykiatrien og somatikken.

Sammenlægningen af psykiatri og somatik er første skridt på vejen forhold til at skabe de organisatoriske rammer, der skal føre til en ligestilling og integration af psykiatri og somatik, der kan understøtte den forandring, Region Hovedstaden ønsker for patienterne. Ligestilling og integration af psykiatri og somatik er en stor opgave, der kommer til at stille krav til alle dele af Region Hovedstadens organisation. Der bliver behov for at tænke nyt og for at arbejde sammen på nye måder.

I dette oplæg har vi inkluderet flere patientcases, der skal illustrere, hvordan integrationen og ligestillingen af psykiatri og somatik skal bidrage til bedre og mere helhedsorienterede patientforløb på sigt.

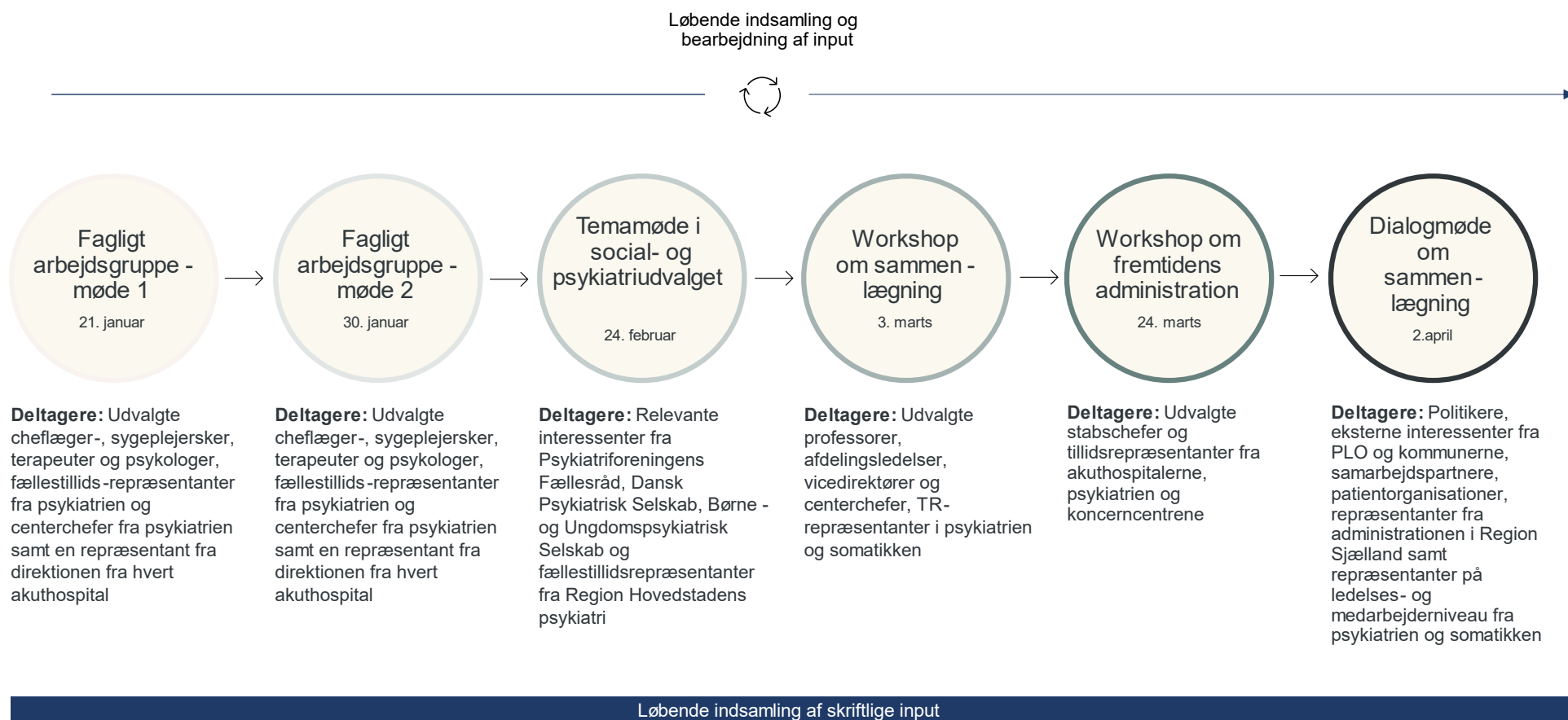
2.1 Hvordan er anbefalingerne blevet til?

Koncernadministrationen har gennemført en bred, faglig involveringsproces i januar, februar, marts og april 2025 med ledere og medarbejdere fra psykiatri og somatik, faglige organisationer, faglige selskaber, fællestillidsrepræsentanter, patient- og pårørende foreninger, kommuner, almen praksis, politikere, samarbejdspartnere og interessenter, se figur 1. Formålet har været at få input til, hvordan den organisatoriske integration af psykiatri og somatik kan se ud, hvordan hospitalerne skal arbejde i den nye organisering for at realisere de skitserede mål og at belyse særlige opmærksomhedspunkter i sammenlægningsprocessen.

Input og bidrag fra den faglige involveringsproces har været med til at kvalificere koncernadministrationens anbefalinger til en ligestilling og integration af psykiatri og somatik.

Der har i den forberedende proces desuden været en tæt dialog med MED-organisationen, hvor betydningen af forandringerne for medarbejdere, ledere og deres arbejdsmiljø er blevet drøftet. Sammenlægningen er også drøftet i psykiatriens Hoved-MED-udvalg (HMU) og i Regionens-MED-udvalg (RMU).

Der har undervejs i processen også været løbende drøftelser med hospitalsledelsen i Region Hovedstadens Psykiatri, ledelserne på de psykiatriske centre, de somatiske hospitalsledelser og den operationelle styregruppe for sammenlægningen af psykiatri og somatik, for at belyse og drøfte konkrete forslag til organisering og faglige indsatser, som skal sikre, at en reel ligestilling og integration af psykiatri og somatik lykkes.



Figur 1: Den faglige involveringsproces

2.2 Psykiatrien i dag

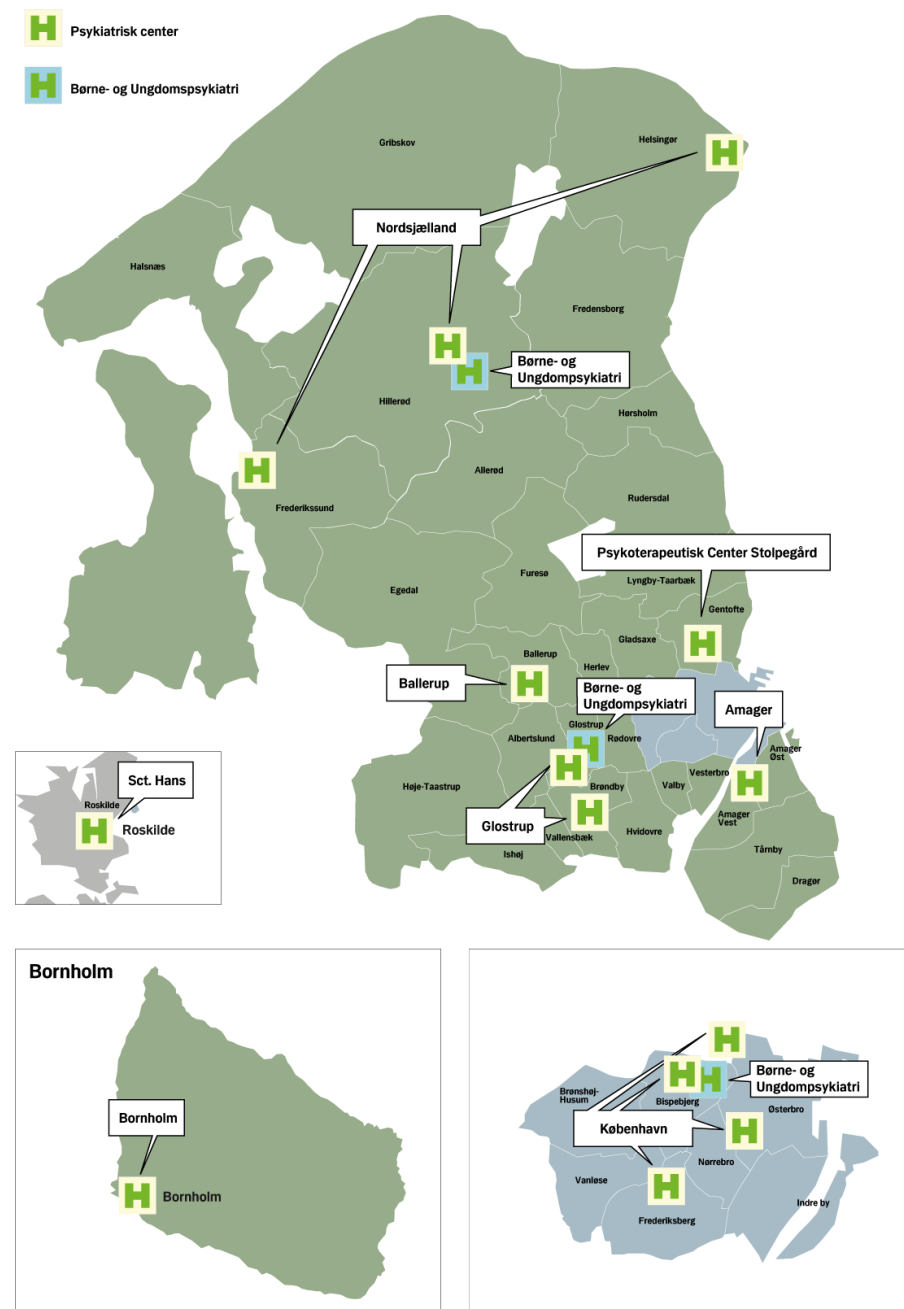
Psykiatrien er i dag organiseret som et samlet hospital fordelt over hele regionen med én fælles hospitalsledelse og en samlet understøttende psykiatriadministration, se figur 2.

I Region Hovedstadens Psykiatri er der cirka 6.060 medarbejdere ansat, som hvert år varetager behandlingen af cirka 54.700 mennesker med psykiatriske lidelser. Det svarer til godt 40 % af den samlede psykiatriske behandling i Danmark. Behandlingen foregår på de psykiatriske centre, enten i de psykiatriske ambulatorier eller i døgnafsnittene ved indlæggelse.

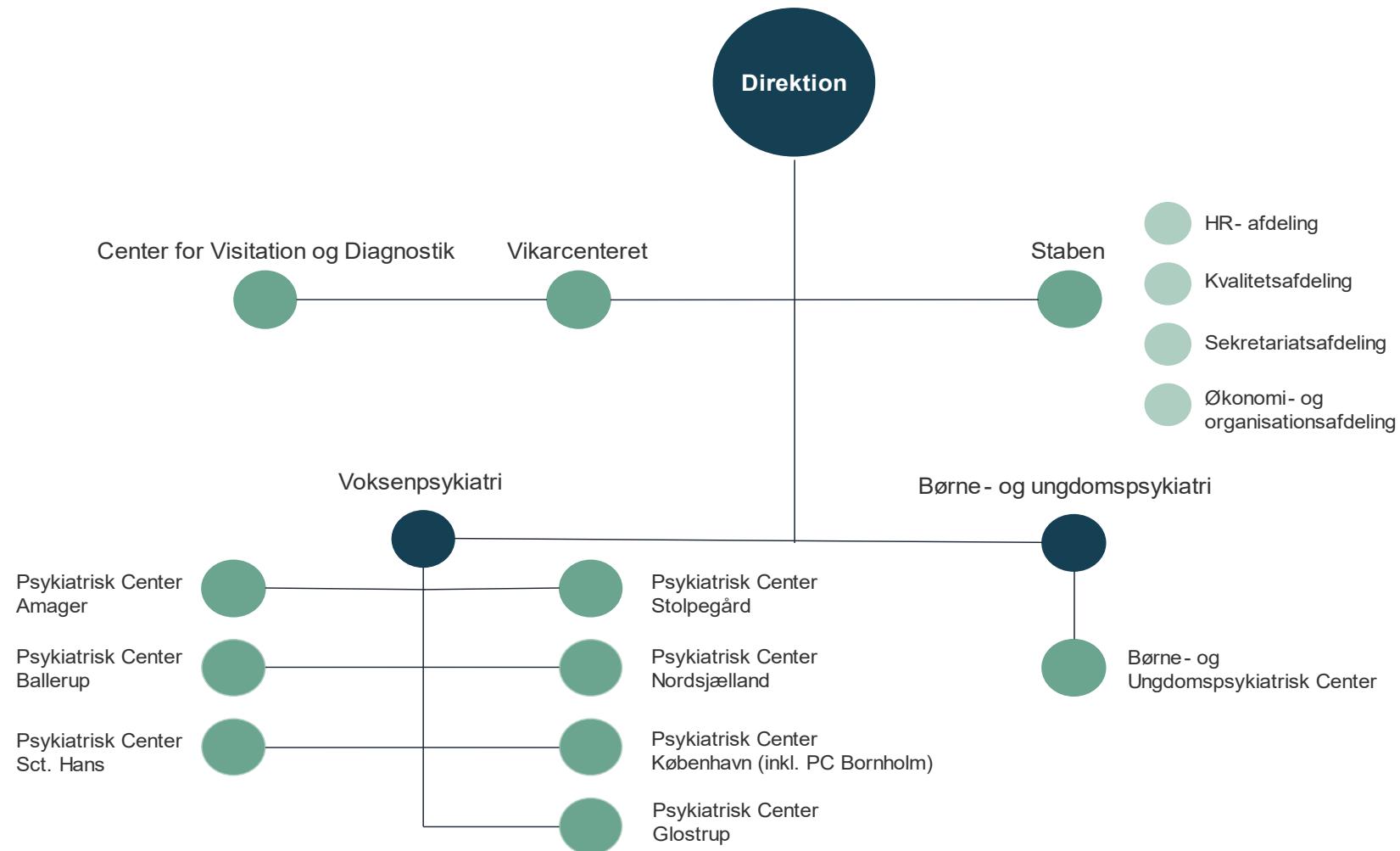
Region Hovedstadens Psykiatri er geografisk fordelt over hele regionen og består pr. 1. maj 2025 af 8 psykiatriske centre fordelt på 5 almene voksencentre, Psykoterapeutisk Center Stolpegård, et retspsykiatrisk center, ét børne- og ungdomspsykiatrisk center, en central fælles administration samt Center for Visitation og Diagnostik (CVD) og Vikarcenteret.

I alt fordeler centrene sig på 31 matrikler.

Nogle af centrene har flere mindre lokationer tilknyttet, som ikke fremgår af kortet til højre.



Organisationsdiagram for Region Hovedstadens Psykiatri



Figur 2: Organisationsdiagram for Region Hovedstadens Psykiatri

2.3 Fokus på fortsat fremdrift, udvikling og fastholdelse af igangsatte initiativer i psykiatrien

Psykiatrien har i de seneste år sat mange gode og nødvendige udviklingsindsatser i gang. Det er vigtigt at fastholde og videreføre disse indsatser i en kommende integration af psykiatri og somatik.

Aktuelt er psykiatrien i gang med implementeringen af regeringens 10-årsplan for psykiatri og mental sundhed, der skal løfte kvaliteten yderligere i indsatserne for patienten. Region Hovedstaden har desuden netop vedtaget en ny regional psykiatriplan, der læner sig op ad 10-års planen og sætter en klar retning for fremtidens indsats i den psykiatriske behandling med anbefalinger, mål og delmål. Med 10-årsplanen er der fulgt en række midler og større indsatser, som samlet set skal højne kvalitet og patientforløb i psykiatrien. Det er fagligt helt afgørende indsatser for psykiatrien, og en væsentlig præmis for arbejdet med psykiatriområdet i de kommende år vil være at sikre, at disse mange nye udviklingstiltag kommer til at virke hensigtsmæssigt i årene fremover.

Børne- og ungdomspsykiatrien har igennem de seneste år arbejdet systematisk med at nytænke og optimere patientforløb, samt hvordan udredningstider kan reduceres i lyset af det meget store antal nye børn og unge, som hvert år henvises. Det stiller krav om løbende optimering, så børn og unge også fremover får rettidig indsats i børne- og ungdomspsykiatrien.

Hertil kommer, at der på baggrund af voldsomme hændelser, hvor mennesker med psykisk lidelse har reageret voldeligt og angrebet personale og/eller tilfældige mennesker med fatale følger, er igangsat et omfattende arbejde, der skal løfte både faglige forhold samt sikkerhed og tryghed for personale. Dette arbejde er også meget centralt at fastholde og videreføre.

Alle regioner er desuden i gang med at etablere et nyt samlet behandlingstilbud for patienter med dobbeltdiagnoser, da regionerne skal overtage rusmiddelbehandling fra kommunerne for den del af målgruppen, der har behov for integreret dobbeltdiagnosebehandling. Det er en omfattende ændring af, hvordan behandlingen af patientgruppen er foregået og med en væsentligt udvidet patientgruppe i psykiatrien, og det er derfor også helt afgørende, at den implementering fortsættes.

Endelig skal det nævnes, at Region Hovedstadens Psykiatri står for stor og betydningsfuld forskning, der løbende er med til at udvikle psykiatrien fagligt, ligesom der arbejdes med løbende at nedbringe anvendelsen af tvang jf. nationale partnerskabsaftaler. Disse arbejder skal også bringes godt videre uanset organisatoriske forandringer.

3. PRINCIPPER FOR SAMMENLÆGNING AF PSYKIATRI OG SOMATIK

For at sikre bedre og mere helhedsorienterede patientforløb har koncernadministrationen lagt følgende principper til grund for forslaget for en ny organisatorisk struktur, hvor psykiatrien og somatikken ligestilles og integreres i en organisatorisk sammenlægning:



Samlet ansvar for behandlingen

Patienter skal kunne modtage psykiatrisk og somatisk behandling i et patientforløb på akuthospitalerne



Geografisk nærhed

De psykiatriske centre skal forankres organisatorisk hos nærliggende hospitaler, uden krav om fysisk sammenlægning i første omgang



Uændret klinisk hverdag

Patientbehandlingen skal fungere upåvirket. Psykiatriske funktioner overføres 1:1 til de modtagende hospitaler



Robuste ledelseskæder

Eksisterende centerledelser og administrationer flyttes 1:1 for at lykkedes med implementeringen af den organisatoriske sammenlægning



Særlige hensyn

Sct. Hans og Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center behandles med særlig opmærksomhed



Fremtidsperspektiv Region Østdanmark

Sammenlægningen skal give mening både i Region Hovedstaden og i en fremtidig samlet region

Figur 3 beskriver de seks principper for sammenlægningen af psykiatri og somatik

Koncernadministrationen har desuden haft fokus på:

- Mulighederne for at tilpasse psykiatriens planområder til somatikens
- Samspeilet mellem Rigshospitalet og psykiatrien
- Fremtidig organisering og varetagelse af udvalgte tværgående funktioner i Region Hovedstadens Psykiatri
- Hvordan forskning og kvalitetsudvikling i psykiatrien kan styrkes i den nye organisatoriske struktur

4. SAMARBEJDE MED REGION SJÆLLAND

Den 1. januar 2027 sammenlægges Region Hovedstaden og Region Sjælland til en ny Region Østdanmark.

Ifølge ”Aftale om ligestilling og integration af psykiatri og somatik” skal Region Sjælland og Region Hovedstaden koordinere deres indsatser med henblik på, at det forberedende regionsråd for Region Østdanmark senest d. 1. april 2026 laver en samlet plan med fælles sigtepunkter, som skal godkendes af Sundhedsstyrelsen.

Koncernadministrationen har siden januar 2025 haft en tæt og løbende dialog med Region Sjælland. Den ny organisatoriske struktur for hospitaler med ansvar for både somatik og psykiatri i Region Hovedstaden skal også give mening i et fremtidigt Region Østdanmark perspektiv.

Administrationerne i Region Hovedstaden og Region Sjælland har derfor sammen udarbejdet fælles administrative principper, der udgør fundamentet og den fælles retning for arbejdet med at sammenlægge somatik og psykiatri i de to østdanske regioner frem mod fusionen i 2027, se bilag 2.



Formålet med de administrative principper mellem Region Hovedstaden og Region Sjælland er at etablere en fælles ramme for, hvordan integrationen og ligestillingen af somatik og psykiatri skal forløbe i de to regioner på kort og længere sigt. De fælles administrative principper sikrer, at de to regioner arbejder mod et fælles mål, koordinerer indsatser og deler viden i beslutningsprocessen frem mod dannelsen af Region Østdanmark.

Det vil også være målet, at de samlede østdanske tilbud er ensartede, så mennesker med psykisk lidelse og behov for udredning og behandling i den regionale psykiatri får lige tilbud uanset, hvor i Region Østdanmark de bor. Det er vigtigt, at de organisatoriske spor der lægges nu i de to regioner på sigt, er meningsfulde i en ny østdansk sammenhæng, og at de kommer til at understøtte lige tilbud uanset geografi. Det vil være et fokus i en kommende ny østdansk hospitals- og sundhedsplan.

I den løbende dialog mellem Region Hovedstaden og Region Sjælland er det blevet klart, at der er brug for forskellige tempi i arbejdet med sammenlægningen i de to regioner for at sikre, at patienter i begge regioner får den bedst mulige behandling på både kort og længere sigt. Dette betyder, at der til en start er brug for at kunne tilrettelægge og gennemføre sammenlægningen forskelligt, selv om endemålet er det samme.

Af den grund har Region Sjælland i første omgang valgt at begynde med en mere samlet løsning for voksenpsykiatrien for at sikre den faglige robusthed i psykiatrien, så borgeren fortsat kan få udredning og behandling af høj kvalitet. I Region Hovedstaden lægger vi op til at sammenlægge voksenpsykiatrien på vores fire akuthospitaler ved årsskiftet. På den lange bane har begge regioner samme endemål for sammenlægningen med fokus på at understøtte lige tilbud uanset geografi.

5. FORSLAG TIL SAMMENLÆGNING AF PSYKIATRI OG SOMATIK

Den organisatoriske sammenlægning skal bidrage til, at psykiatrien ligestilles med de øvrige lægefaglige specialer, og at psykiatrien og somatikken ledelsesmæssigt og organisatorisk integreres i de nye, sammenlagte hospitaler. Dette skal sikre, at patienterne oplever bedre og mere helhedsorienterede forløb.

På baggrund af principperne beskrevet i afsnit 3 og den faglige og politiske involveringsproces anbefaler koncernadministrationen følgende sammenlægning af psykiatriske centre og akuthospitaler.

Sammenlægningen fremgår af næste side.



Tabel 1 beskriver koncernadministrationens forslag til sammenlægning af de psykiatriske centre med de eksisterende akuthospitaler.

Af tabellen fremgår det også, hvor meget større de eksisterende akuthospitaler bliver, når psykiatrien organisatorisk bliver forankret på det enkelte akuthospital. Det fremgår for eksempel, at Bispebjerg og Frederiksberg Hospital får 34 % flere ambulante kontakter og 14 % flere indlæggelser relativt til antal kontakter og indlæggelser før sammenlægningen.

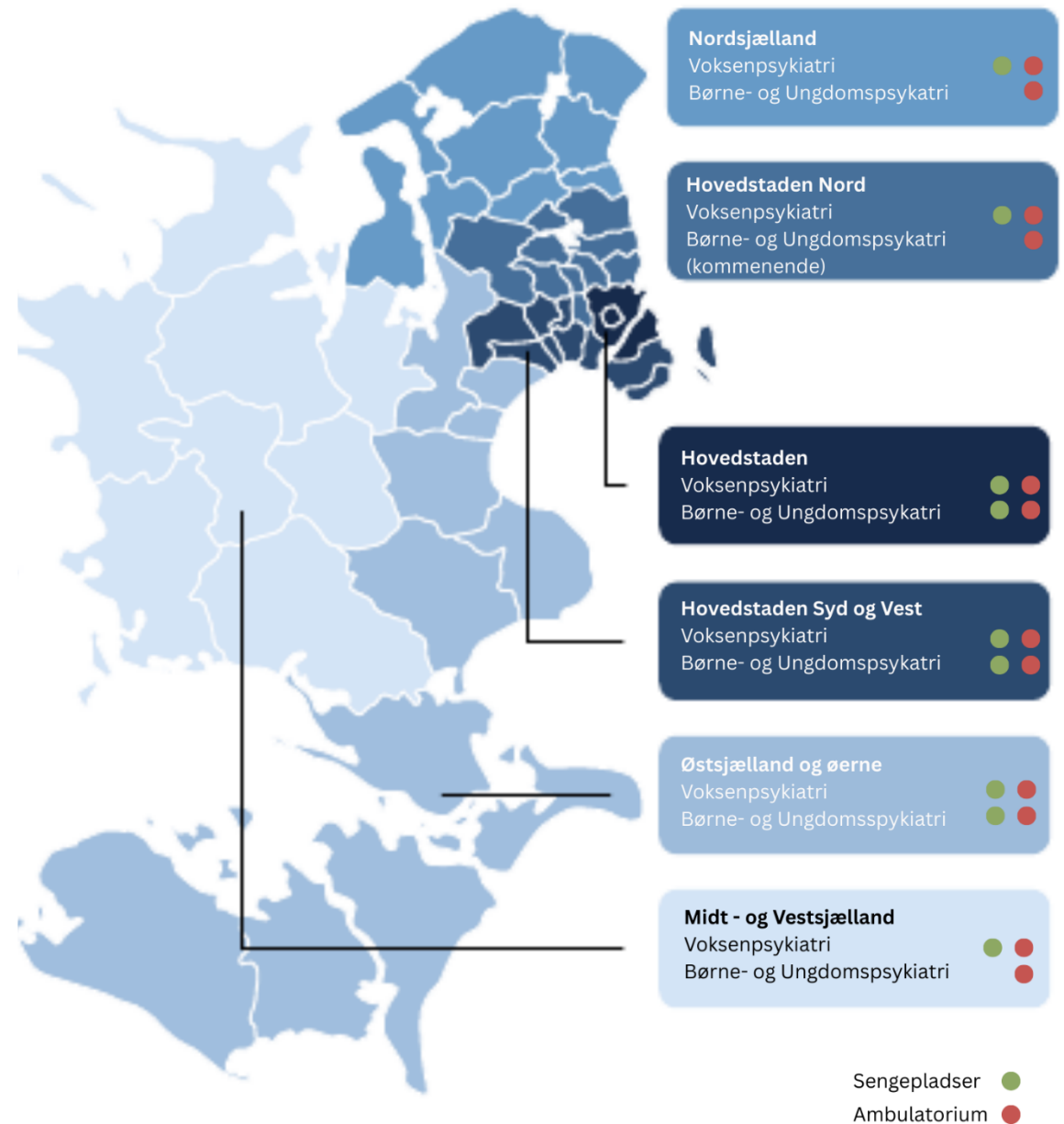
Sundhedsråd	Psykiatrisk Center	Akuthospital	Tilvækst: ambulante kontakter	Tilvækst: indlæggelser
 Nordsjælland	PC Nordsjælland	Nordsjællands Hospital	10 %	7%
 Hovedstaden Nord	PC Ballerup	Herlev og Gentofte Hospital	8 %	4%
	PC Stolpegård			
 Hovedstaden	PC København (inkl. PC Bornholm pr. 1. maj 2025)	Bispebjerg- og Frederiksberg Hospital	34 %	14%
	Børne- og ungdomspsykiatrien			
 Hovedstaden Syd og Vest	PC Amager	Amager- og Hvidovre Hospital	23 %	8%
	PC Glostrup			
	PC Sct. Hans			

Tabel 1: Forslag til sammenlægning af psykiatriske centre og akuthospitaler samt akuthospitalernes procentvise tilvækst efter sammenlægningen målt på tilføjelse af psykiatri til somatikken størrelse på ambulante aftaler og indlæggelser.

I figur 3 er det afbilledet, hvordan psykiatrien fysisk er fordelt i den kommende Region Østdanmark. Her fremgår det, at der vil være adgang til psykiatriske tilbud i alle kommende sundhedsråd-områder.

På kort sigt ændres der ikke på den fysiske placering af de psykiatriske udrednings- og behandlingstilbud, men ambitionen er at udvikle tættere samarbejde og bedre patientforløb både på tværs af psykiatri og somatik og på tværs af sektorgrænser.

Når de nye organisatoriske rammer er på plads, flyttes fokus til udvikling af bedre patientforløb og nye samarbejdsformer. På sigt vil det være naturligt, at der gradvist sker en fysisk integration, hvor det er muligt og meningsfuldt for patientforløbene.



5.1 Psykiatriens specialiserede funktioner

Psykiatrien rummer en række specialiserede og regionalt dækkende tilbud, herunder kliniske afdelinger som Børne- og Ungdomspsykiatrien og Retspsykiatrien, samt flere regionsfunktioner og specialiserede afsnit. Regionsfunktioner og øvrige specialiserede tilbud bevares uændret. Der vil fortsat være en klar forventning om, at disse funktioner varetager deres fulde populationsansvar og planlægger med blik for hele regionens behov. Der er her en særlig opmærksomhed i forhold til sundhedsrådenes organisering og muligheden for at koordinere på tværs af planområder.

Akuthospitaler, der efter sammenlægningen får regionalt dækkende psykiatriske funktioner, vil få et særligt ansvar for at indgå i et tæt samspil på tværs af regionen - både fagligt, administrativt og i forhold til de kommende sundhedsråd. Det samme gør sig gældende i dag for de somatiske specialer. Akuthospitalerne skal aktivt deltage i faglige samarbejdsfora og understøtte tværgående samarbejdskonstruktioner, også på ledelsesniveau, for at sikre en sammenhængende og ensartet psykiatrisk indsats i hele regionen.

5.2 Den almene voksenpsykiatri

Der er i Region Hovedstaden fem almene psykiatriske centre med udredning og behandling af voksne patienter med psykiatriske symptomer og diagnoser. Det er PC Nordsjælland, PC Ballerup, PC København (inkl. PC Bornholm pr. 1. maj 2025), PC Amager og PC Glostrup. Dertil findes PC Stolpegård, som har en anden profil end de øvrige psykiatriske centre, idet der alene er tale om psykoterapeutisk behandling. Endelig er der PC Sct. Hans, der driver retspsykiatri og en almen voksenpsykiatrisk afdeling for patienter med dobbeltdiagnoser (afdeling M).

5.2.1 Begrundelse for forslag til sammenlægning af almen voksenpsykiatri og akuthospitaler

Udgangspunkt for sammenlægningen af de psykiatriske centre med somatiske hospitaler har været, at en fysisk sammenlægning ikke er en mulighed på kort sigt.

Et centralt princip for sammenlægningen har været geografisk nærhed, så de psykiatriske centre ledelsesmæssigt og organisatorisk forankres hos geografisk nærtliggende hospitaler. Dette er også fagligt meningsfuldt, fordi mange indsatser på de psykiatriske centre er hovedfunktioner, dvs. basistilbud, som er relativt ens på tværs af de voksenpsykiatriske centre.

Herved har medarbejdere og ledere deres hospitalsledelser og kollegaer så tæt på som muligt, og kan arbejde under gode forudsætninger for en vellykket integration af psykiatri og somatik. Samtidig bliver patientbehandlingen ikke påvirket på kort sigt, da patienterne vil være tilknyttet de samme ambulatorier og sengeafsnit som vanligt.

I sammenlægningen af de almene voksenpsykiatriske centre med akuthospitaler er der også set på snitflader og muligheder for yderligere faglig integration mellem de psykiatriske centres og akuthospitalernes faglige profiler fx mulighed for at samarbejde på tværs af ældrepsykiatri og geriatri, at understøtte udredning og behandling af psykiatriske patienter med viden og behandlingstilbud fra specialer som fx neurologi og endokrinologi mv.

De voksenpsykiatriske centre sammenlægges ledelsesmæssigt og organisatorisk med akuthospitalerne med alt personale, eksisterende hovedfunktioner, højtspecialiserede funktioner og regionsfunktioner, bygningsmasse- og udstyr. En uddybende beskrivelse af akuthospitalernes nye profiler, hvis koncernadministrationens oplæg godkendes, fremgår af bilag 3.

5.2.2. Ensartning af planområder for den almene voksenpsykiatri

Koncernadministrationen vurderer, at det er væsentligt i en fremtidig organisering, at planområderne omkring akuthospitalerne er ens på tværs af somatik og psykiatri. Dette for at sikre et stærkt tværsektorielt samarbejde ved at sundhedsrådene dækker de samme kommuner med psykiatri og somatik. I dag er der ikke fuldstændig overensstemmelse mellem psykiatriens og akuthospitalernes planområder. For borgere i kommunerne Rødovre og Rudersdal gælder det, at de på det somatiske område hører til planområde Midt, mens de i psykiatrien er tilknyttet henholdsvis planområde Syd og Nord.

Der er i dag en kapacitetsmæssig ubalance mellem de psykiatriske centre. Med en ensartning af planområderne vil ubalancen kunne blive forstørret, særligt på PC Ballerup under Herlev og Gentofte Hospital, som ved denne omlægning af planområder vil skulle modtage flere patienter. Det vil være vigtigt, at en ensartning af planområder sker på en måde, hvor kapacitet og patientforløb kan tilrettelægges hensigtsmæssigt. Administrationen anbefaler derfor, at der laves en nærmere vurdering af, hvordan kapaciteten og patientforløb kan tilrettelægges fremadrettet, og hvordan det er muligt at justere i planområderne, så de psykiatriske matcher de somatiske. Intentionen er at sikre en robust og holdbar løsning, så Rødovre Kommune og Rudersdal Kommune kan integreres i planområde Midt på en god måde, når de nye sundhedsråd er trådt i kraft, og så kapaciteten hænger sammen på tværs af regionen.

Patientcase: Voksen

Erling er en 69-årig mand, der har døjet med træthed og været kortåndet gennem længere tid. Under havearbejde får han bryst smerter og bliver indlagt. Hospitalet finder blokering af en blodåre til hjertet, og at det er nødvendigt med en bypassoperation. Efter operationen bemærker sygeplejersken, at Erling virker nedtrykt. Da hun rydder op på hans sengebord, ser hun, at han er begyndt at skrive et afskedsbrev.

Udfordringer før integration og ligestilling:

- Usikkerhed i somatikken over, hvordan selvmordstanker og depression håndteres
- Problemer med at motivere patienten for den somatiske behandling
- Erling kan ikke overskue at følge genoptræningen og kommer ikke afsted til aftalerne. Risikoen for yderligere isolation og forværring af depressionen øges

Patientforløb efter integration og ligestilling:

Koordineret patientforløb:

- Erling tilses jævnligt af en psykiater, der kan opstarte udredning og behandling på den somatiske afdeling, inden overgang til psykiatrisk regi
- I psykiatrien koordinerer og overtager en fysioterapeut dele af Erlings genoptræning
- I den fælles behandlingsplan er det besluttet, at en psykiatrisk kontaktperson koordinerer det samlede behandlingsforløb for Erling

Helhedsorienteret behandling:

- Som led i depressionsbehandlingen arbejder personalet med Erlings motivation for at være fysisk aktiv
- Genoptræningen og kontrolundersøgelserne ses i sammenhæng med behandlingen af depressionen. Behandlingsregimet tilpasses til et længere forløb, som Erling kan se sig selv i

Kompetenceløft:

- På den somatiske afdeling underviser personale fra psykiatrien i vurdering af selvmordstanker, og hvordan personalet kan identificere og håndtere tegn på øget risiko for selvmord ved hjælp af en kriseplan
- Det psykiatriske personale bliver mere opmærksomme på risikofaktorer og tegn på åreforkalkning, og hvornår der skal handles på dem

Resultat:

- Erling oplever at genoptræning bliver et mål i hans terapeutiske behandling, og at det bliver lettere at håndtere de depressive tanker i takt med, at han bliver fysisk stærkere

5.3 Retspsykiatri

Der er i Region Hovedstaden ét retspsykiatrisk center, der udreder og behandler voksne patienter med psykiatriske symptomer og diagnoser. PC Sct. Hans er ansvarlig for specialiseret behandling i retspsykiatri på regionsfunktionsniveau og dobbeltdiagnosebehandling på hovedfunktionsniveau. For specialiseret behandling i retspsykiatri har PC Sct. Hans populationsansvaret for alle Region Hovedstadens borgere og har sengepladser i Roskilde samt ambulatoriekapaciteter i Brøndby og København Ø. Integreret dobbeltdiagnosebehandling foregår på alle voksenpsykiatriske centre.

De øvrige almene voksenpsykiatriske centre varetager også behandling af retspsykiatriske patienter på hovedfunktionsniveau og har et samarbejde med PC Sct. Hans om specialiseret rådgivning.

5.3.1 Begrundelse for forslag til sammenlægning af Psykiatrisk Center Sct. Hans med ét somatisk hospital

For retspsykiatrien prioriteres det at fastholde de højt specialiserede kompetencer samlet i retspsykiatrien og sikre, at klinikken og patientbehandlingen fungerer upåvirket.

Koncernadministrationen anbefaler derfor, at Psykiatrisk Center Sct. Hans bevares som en samlet funktion med regionsfunktion i retspsykiatri og hovedfunktion i dobbeltdiagnosebehandling for nuværende. Det vil sikre faglig kvalitet og robusthed samt stabil vagtdækning.

PC Sct. Hans har, sammenlignet med de øvrige psykiatriske centre, en mindre patientvolumen med ca. 9.400 ambulante kontakter og 500 indlæggelser i retspsykiatrien i 2024, og dette kan bidrage til øget risiko for variationer i behandlingen og forringet kvalitet, hvis de faglige kompetencer spredes for bredt.

En stor del af funktionerne på PC Sct. Hans er højt specialiserede funktioner og med speciallæger svarende til 10 årsværk på retspsykiatriske afdelinger, er det koncernadministrationens vurdering, at tilknytning og rekruttering vil blive vanskeligt hvis PC Sct. Hans ikke bevares som én organisation, da også det faglige kliniske miljø med fokus på kvalitet og forskning vil blive for spredt.

Koncernadministrationen anbefaler, at retspsykiatrien forankres ledelsesmæssigt på Amager og Hvidovre Hospital i Region Hovedstaden pr. 1. januar 2026. Amager og Hvidovre Hospital er geografisk tættest placeret på Psykiatrisk Center Sct. Hans. Dertil er der en faglig snitflade til det særlige afsnit for surrogatanbragte¹ på PC Glostrup, som i forslaget om sammenlægning af voksenpsykiatrien (tabel 1) anbefales ledelsesmæssigt forankret med Amager og Hvidovre Hospital.

I 2024 var den gennemsnitlige indlæggelsestid for retspsykiatriske patienter på PC Sct. Hans 118 dage, mens den i voksenpsykiatrien for samme periode var på 16 dage, dertil er det en udsat patientgruppe i forhold til for eksempel livsstilssygdomme. Der er derfor en opmærksomhed på at sikre, at de rette somatiske kompetencer er til stede på PC Sct. Hans for at undgå unødvendig transport og logistik til et nærtliggende akuthospital. PC Sct. Hans har allerede gode erfaringer med at have almen medicinske læger ansat, og ved en ledelsesmæssig sammenlægning af PC Sct. Hans med et somatisk hospital vil det være oplagt at se mere ind i denne type løsninger, så det somatiske tilbud til patienter indlagt på PC Sct. Hans styrkes.

Ligesom ved øvrige regionsfunktioner indenfor somatiske specialer, vil der også fortsat være behov for samarbejdsmodeller mellem PC Sct. Hans og de øvrige akuthospitaler, der har almene voksenpsykiatriske afdelinger for at sikre rådgivning og sparring om retspsykiatrisk behandling på hovedfunktionsniveau.

¹ Surrogatanbragte patienter er varetægtsfængslede personer, som afsoner i en psykiatrisk afdeling, mens de venter på, at deres sag kommer for en domstol.

5.3.2 Fremtidig retspsykiatri i Region Østjylland

Intentionen er på sigt, at der er én retspsykiatri i Region Østjylland med tætte relationer til almenpsykiatrien. Koncernadministrationen anbefaler derfor, at Region Hovedstaden og Region Sjælland udarbejder en analyse af hvordan én fælles organisatorisk løsning dækkende hele den kommende Østjylland kan se ud, fx ledelsesmæssigt forankret under Slagelse Sygehus, på Næstved, Slagelse, Ringsted Sygehuse.

Anbefalingen kommer med baggrund i, at retspsykiatrien er forholdsmæssigt mindre og et specialiseret fagområde under det voksenpsykiatriske speciale. Denne analyse med tilhørende anbefaling forelægges det forberedende Regionsråd for Region Østjylland primo 2026. Det vil dermed være op til det forberedende Regionsråd at træffe beslutning om retspsykiatriens organisering i en ny region Østjylland.

Uanset fremtidig organisering vil det være centralt, at retspsykiatrien også fremadrettet har udgående og rådgivende funktioner i almenpsykiatrien, hvor der behandles mange patienter med retspsykiatrisk foranstaltning.



Patientcase: Voksen

Mark er en 55-årig mand med diagnosen skizofreni, der er indlagt på en retspsykiatrisk afdeling. Han udvikler vandladningsbesvær og smerter i bækkenet. På et tidspunkt er der en fra det psykiatriske personale, der mistænker, at det kan være symptomer på prostatakraft.

Udfordringer før integration og ligestilling:

- Besværlig kommunikation mellem retspsykiatrisk afdeling og kræftlægerne forsinker udredning og behandling af Marks prostatakraft
- Behandlingsplanerne fra de to teams stemmer ikke overens, hvilket skaber forvirring og angst
- Mark kan ikke overskue det, og da de psykotiske symptomer forværres, overvejer han at droppe ud af kræftpakken

Patientforløb efter integration og ligestilling:

Koordineret patientforløb:

- En udekørende onkologisk sygeplejerske besøger Mark på retspsykiatrisk afdeling og informerer om sygdommen, udredningen og behandlingen
- Der lægges en fælles behandlingsplan, hvor besøg på kræftafdelingen forberedes af det retspsykiatriske personale, og der samles op efterfølgende
- Der er tæt kontakt til kræftafdelingen via videosamtaler, så Mark kan føle sig tryk, og afdelingerne er velorienterede hele vejen igennem

Helhedsorienteret behandling:

- Undersøgelser og operation planlægges under hensyn til, at Mark kan komme til at aflyse og alligevel vil gennemføre forløbet forsvarligt
- Støtte til at håndtere den emotionelle belastning af kræftforløbet leveres i samarbejde mellem kræftafdelingen og psykiatrisk personale
- Mark deltager online i en støttegruppe, hvor han kan dele erfaringer og møde andre i en lignende situation

Kompetenceløft:

- Retspsykiatrisk personale bliver klar over de tidlige symptomer på prostatakraft og andre kræftformer. De ved nu fremadrettet, hvilke af de øvrige patienter på afdelingen, der skal tilbydes undersøgelse
- Kræftafdelingen er blevet opmærksom på nye metoder, der kan hjælpe patienter med særlige udfordringer gennem et kræftforløb

Resultat:

- Mark har gennemført et udfordrende forløb, som han aldrig troede han kunne klare. Der er skabt en bedre mulighed for at opsøge og behandle fysisk sygdom hos psykiatriske patienter, både i psykiatrien og somatikken

5.4 Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center

Børne- og ungdomspsykiatrien har gennem de seneste år modtaget et stærkt stigende antal henvisninger af børn og unge til psykiatrisk udredning og behandling. Derfor anbefaler koncernadministrationen at fastholde børne- og ungdomspsykiatrien som en samlet organisation i Region Hovedstaden, som 1-1 sammenlægges med et akuthospital.

Der har på landsplan været en meget stor stigning i antallet af børn og unge, der har fået stillet en psykiatrisk diagnose og en ny analyse fra Region Hovedstadens Psykiatri viser, at der i år 2004 var 43 ny-diagnosticerede børn og unge for hver 10.000 personer i aldersgruppen, mens der i 2023 var 129 ny-diagnosticerede for hver 10.000 personer. Dette svarer til en 3 gange stigning i antal ny-diagnosticerede i løbet af de sidste 20 år. På grund af den store og voksende patientgruppe er det koncernadministrationens vurdering, at børne- og ungdomspsykiatrien bør organiseres i to afdelinger i den kommende Region Østdanmark.

Børne – og Ungdomspsykiatrisk Center

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center i Region Hovedstaden består af to afdelinger - en ambulant afdeling og en døgnafdeling. Den ambulante afdeling består af 14 afsnit fordelt på adresser i Hillerød, i Glostrup, på Bispebjerg og et på vej på Blegdamsvej (ultimo 2025). Døgnafdelingen består af 8 afsnit i Glostrup og på Bispebjerg. Centeret har en lang række specialfunktioner, dertil er der en retspsykiatrisk funktion for børn og unge i Glostrup. Centeret har desuden en stor forskningsenhed.



Patientcase: Barn

Sofie er 13 år og diagnosticeret med ADHD, social angst og type 1-diabetes. Hun har svært ved at overholde behandlingen for sin diabetes, fordi hendes angst gør hende bange for hospitaler og nåle. Derudover har hendes ADHD-inducerede impulsivitet ført til svingende blodsukker, som påvirker hendes humør og skolegang.

Udfordringer før integration og ligestilling:

- Manglende koordination mellem Sofies somatiske diabetesbehandling og hendes psykiatriske forløb
- Sofie møder mange forskellige fagpersoner, hvilket gør hende utryg og uengageret i sin egen behandling
- Forældrene oplever sig som koordinører mellem hospital, praktiserende læge og skole

Patientforløb efter integration og ligestilling:

Koordineret patientforløb:

- Sofie får en fast kontaktperson i psykiatrien, som er i tæt samarbejde med hendes diabetesteam
- Der er nu én samlet behandlingsplan med både psykiater og børnelæge tilknyttet

Helhedsorienteret behandling:

- Sofie bliver tilknyttet et tværfagligt team, som forstår sammenhængen mellem hendes angst og manglende overholdelse af hendes diabetesbehandling
- Hun får støtte fra teamet i at håndtere, hvordan hendes ADHD påvirker hendes blodsukker og tilbydes hjælp til at overvinde sin angst for hospitaler og nåle via angstbehandling med eksponering i trygge rammer

Kompetenceløft:

- Sundhedspersonalet i somatikken har fået undervisning i psykiatri, så de forstår hinandens fagsprog og tilgang
- Sofies psykiatriske behandler har haft et besøg på børneafdelingen og kan derfor bedre vurdere hendes somatiske behov

Resultat:

- Sofie deltager nu aktivt i behandlingen og hendes blodsukker er mere stabilt. Sofie føler sig som en hel person og ikke som en 'psykiatrisk' eller 'somatisk' patient. Forældrene er lettede over, at sundhedsvæsenet tager et samlet ansvar, og de oplever mere ro i hverdagen

5.4.1 Begrundelse for forslag til sammenlægning af Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center med ét somatisk hospital

Der har i den faglige involveringsproces været overvejelser om, hvorvidt børne- og ungdomspsykiatrien skulle være ledelsesmæssigt opdelt på alle akuthospitalerne. Det er dog koncernadministrationens vurdering, at robustheden ikke er tilstrækkelig til en decentral organisering, da bl.a. antallet af speciallæger, der for 2024 udgør 53, er for lavt til at understøtte en decentral organisering. At fastholde en samlet organisering af børne- og ungdomspsykiatrien skal sikre den faglige robusthed, som er bygget op med høj faglighed og fokus på at opbygge kapaciteten og nedbringe ventetiderne. Hertil at fastholde den stærke fælles forskningsenhed der i dag samarbejder tæt med de kliniske enheder.

Koncernadministrationen anbefaler, at børne- og ungdomspsykiatrien forankres ledelsesmæssigt på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital.

Bispebjerg og Frederiksberg Hospital vil med sammenlægningen få en stor voksenpsykiatrisk afdeling (PC København), og med den organisatoriske forankring af Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital vil det give gunstige vilkår for et tættere fagligt samarbejde med voksenpsykiatrien. Børne og ungdomspsykiatrien har desuden allerede ambulatorier og sengepladser placeret på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital-matriklen.

Bispebjerg og Frederiksberg Hospital står med den nye hospitalsplan også til at få etableret et nyt Kvinde-Barn-Center. Der er dermed faglige synergieffekter mellem for eksempel pædiatri/neurologi og børne- og ungdomspsykiatri, som med fordel kan udnyttes endnu bedre. Netop et stærkt fagligt samarbejde mellem disse specialer er dels anbefalinger i Sundhedsstyrelsens specialevejledning for børne- og ungdomspsykiatri, ligesom det også er en af intentionerne med integration og ligestilling af psykiatri og somatik. Der vil dermed både være fysisk samlokalisering og faglige samarbejdsflader til stede mellem børne- og ungdomspsykiatrien og Bispebjerg og Frederiksberg Hospital. Desuden vil hospitalet fremadrettet blive et samlingspunkt for forskning og udvikling indenfor både voksenpsykiatri og børne- og ungdomspsykiatrien. Det forventes, at der etableres et nyt psykiatrisk forskningscenter med fysisk placering på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, der bl.a. skal forske i udviklingen af psykisk sygdom fra fosterstadiet og indtil voksenlivet med et fokus på tidligere opsporing, forebyggelse og behandling, der vil styrke forbindelsen mellem den kliniske praksis i børne- og ungdomspsykiatrien og forskning.

Et afsluttende argument for denne forankring er, at Børnehospitalet Mary Elisabeths Hospital er placeret i tre kilometers afstand til Bispebjerg og Frederiksberg Hospital. Der vil med den geografiske nærhed være gunstige vilkår for et tæt samarbejde, ligesom der også vil være god mulighed for at udnytte de faglige synergier i et samarbejde mellem højt specialiseret somatisk behandling af børn og unge og børne- og ungdomspsykiatrien.

5.4.2 Børne- og ungdomspsykiatri i alle sundhedsråd

I Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center er der i dag allerede ambulante tilbud på flere matrikler spredt geografisk i regionen, jf. kort over regionen, side 9. For at styrke det nære og sammenhængende sundhedsvæsen anbefaler koncernadministrationen, at der etableres et nyt ambulatorium i planområde Midt i et samarbejde mellem Herlev- og Gentofte Hospital, nuværende Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center og Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, så der er ambulante tilbud til børn og unge i alle de kommende sundhedsråd. Børne- og ungdomspsykiatrien vil således være fysisk tilstede i alle sundhedsråd og vil således også kunne drøftes i alle sundhedsråd. Det vil understøtte både det tværsektorielle samarbejde og det stigende behandlingsbehov i børne- og ungdomspsykiatrien samt bidrage til et mere nært og sammenhængende sundhedsvæsen for børn og unge. Bispebjerg og Frederiksberg Hospital har derfor et særligt ledelsesansvar for at sikre involvering og koordination med de relevante kommuner i forhold til tværsektorielle forløb på tværs af alle sundhedsrådene. Tilstedeværelse af psykiatriske tilbud i alle sundhedsråd skal understøtte de eksisterende faglige samarbejder fx i forhold til tidlig opsporing gennem STIME-samarbejdet, men også i forhold til samarbejdet om børn og unge efter deres udskrivelse fra en psykiatrisk afdeling. Det gælder fx skole- og fritidstilbud samt støtte i hjemmet.

Ved at holde børne- og ungdomspsykiatrien samlet organisatorisk og ledelsesmæssigt samt forankre den på ét akuthospital med ambulatorier i alle sundhedsråd, er der behov for et styrket ledelsesfokus og udviklingsperspektiv i forhold til at sikre integration mellem børne- og ungdomspsykiatrien på de øvrige somatiske afdelinger, hvor der er mulighed for faglige synergier. Dertil får Bispebjerg og Frederiksberg Hospital en særlig ledelsesopgave i forhold til at understøtte de øvrige hospitaler og det nye Mary Elisabeths Hospital på det tværgående samarbejde på børne- og ungdomsområdet, både internt i psykiatrien og med de pædiatriske afdelinger. Et styrket samarbejde mellem pædiatri og børne- og ungdomspsykiatri skal implementeres lokalt på alle hospitaler. De faglige synergier mellem pædiatri og børne- og ungdomspsykiatri vil også være et fokus i de sundhedsfaglige råd (SFR) og et kommende Ledelsesforum for Psykiatri, se kapitel 8.

Formålet med det tværgående blik er at skabe et sundhedsvæsen, hvor det børne- og ungdomspsykiatriske speciale og det pædiatriske speciale integreres så tæt, at der over tid opstår et fælles og bæredygtigt, fagligt og opgavemæssigt fundament, der fremmer et børne-, unge- og familiecentreret perspektiv på sundhed, sygdom og trivsel.

6. PSYKIATRI PÅ RIGSHOSPITALET

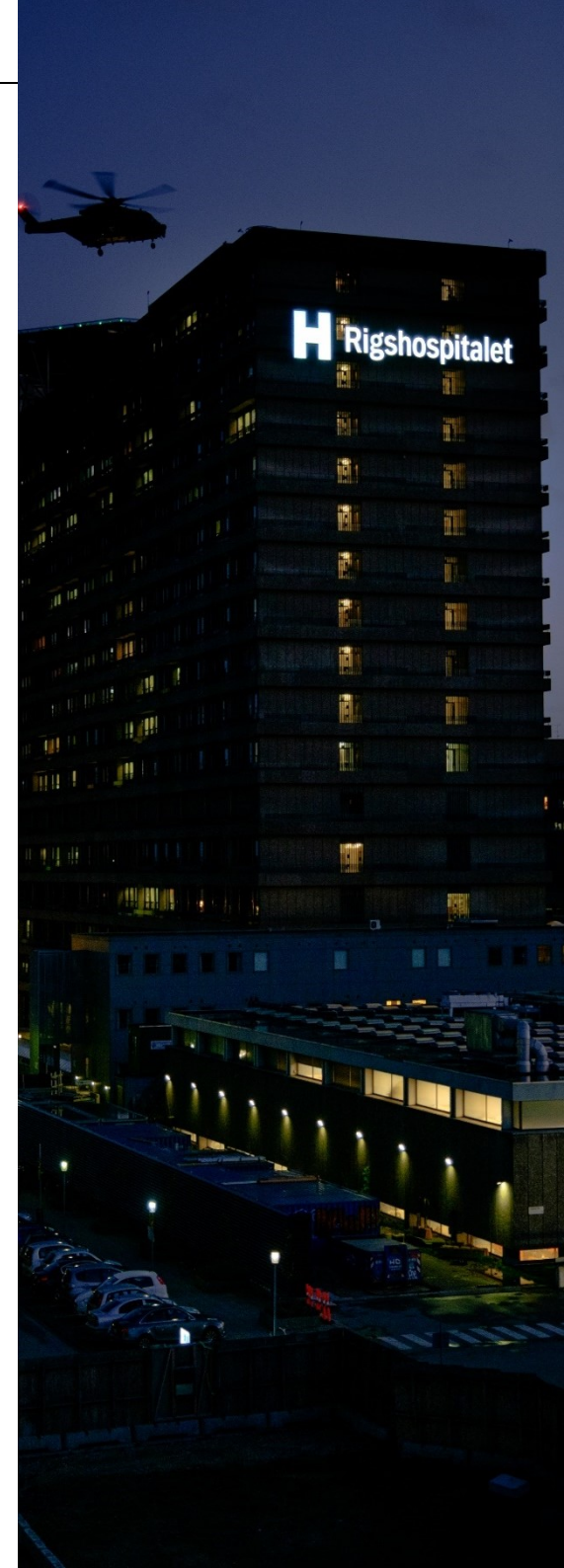
Med sundhedsreformen lægges der op til en integration og ligestilling af somatik og psykiatri i hele sundhedsvæsenet. Rigshospitalet har på størstedelen af sine funktioner populationsansvar for hele Region Hovedstadens borgere – og i visse tilfælde for hele landet. Eftersom Rigshospitalet fremadrettet vil få en styrket profil som tertiært hospital, er de ikke en del af de kommende sundhedsråd, da disse er bygget op om akuthospitalerne. Derfor har der i processen været særligt fokus på de patienter, der er indlagt på Rigshospitalet til højt specialiseret somatisk behandling og samtidig har en psykiatrisk lidelse.

For patienter, der er indlagt på Rigshospitalet til udredning, diagnosticering eller behandling, er det afgørende, at der er adgang til almenpsykiatriske kompetencer – både for børn, unge og voksne. De patienter der er indlagt på akuthospitalerne med svær komorbiditet er afhængige af, at akuthospitalerne kan varetage den nødvendige psykiatriske udredning og at Rigshospitalet kan modtage, stabilisere og behandle patienter med psykiatriske lidelser, som har brug for specialiseret somatisk behandling. Tilstedeværelsen af almenpsykiatriske kompetencer på Rigshospitalet er dermed en forudsætning for, at patienter med psykiske lidelser kan stabiliseres og herved modtage specialiseret somatisk behandling uden barrierer, og på lige fod med andre patienter.

Koncernadministrationen anbefaler derfor, at der udarbejdes en styrket samarbejdsmodel mellem Bispebjerg og Frederiksberg hospital (PC København, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center) og Rigshospitalet, der udvider den eksisterende aftale om psykiatrisk tilsyn. En analyse skal skitsere forskellige modeller for, hvordan Rigshospitalet skal betjenes af en fysisk psykiatrisk enhed på Rigshospitalet, som kan tilse patienter i voksen- og børneafdelinger og rådgive sundhedspersonalet. Formålet er at sikre, at Rigshospitalet i højere grad kan tilbyde patienter med samtidige somatiske og psykiske lidelser psykiatrisk ekspertise af samme kvalitet som på øvrige hospitaler med organisatorisk psykiatrisk forankring.

Derudover gælder det for Rigshospitalets udefunktioner, at disse patienter behandles fra det nærtliggende akuthospital, hvis der opstår behov for psykiatriske kompetencer.

Afslutningsvis anbefaler koncernadministrationen, at der i arbejdet med den kommende sundhedsplan for Region Østjylland udarbejdes en beskrivelse af, hvordan den højt specialiserede somatiske behandling på Rigshospitalet bliver lige så tilgængelig for patienter med psykiske lidelser som for borgere uden psykiske lidelser. Dertil skal det undersøges, om der på sigt bør etableres psykiatriske funktioner på Rigshospitalet.



7. TVÆRGÅENDE FUNKTIONER

Region Hovedstadens Psykiatri har i dag en række tværgående funktioner, som bidrager til koordination og fælles praksis på tværs af de psykiatriske centre. Aftalen mellem Regeringen og Danske Regioner understreger behovet for, at der er tilstrækkeligt med ressourcer til fortsat koordinering af tværgående funktioner og opgaver.

De tværgående funktioner har det til fælles, at de understøtter de psykiatriske centre og det samlede tilbud til patienterne. Det vil være væsentligt også i en fremtidig organisering, at de tværgående funktioner drives godt og effektivt, så patienttilbud fortsat udvikles og sikres højt niveau.

På den baggrund holdes en del faglige udviklingsopgaver samlet i en ny organisering, hvor ét akuthospital får ansvar for opgaver som går på tværs af regionen. Alle tværgående funktioner som er placeret på de psykiatriske centre overføres 1:1 til det modtagende hospital (jf. princip om *uændret klinisk hverdag*). Opgaverne løses i tæt samarbejde med hospitalerne og de centrale stabe.

Organiseringen af samarbejdet om de enkelte opgaver aftales i hospitalsdirektørkredsen. Anbefalingerne til placering af de tværgående funktioner er baseret på de principper for sammenlægningen, som koncernadministrationen har arbejdet ud fra. Nogle af de tværgående funktioner har været drøftet på faglige arbejdsgruppemøder for at sikre, at den fremadrettede placering er meningsfuld. Argumenter for placering af disse er uddybet i bilag 4.

Den samlede liste med anbefalinger til funktioner og opgaver, som holdes samlet, fremgår af næste side.

Afdeling	Opgave	Nuværende fysisk placering	Forslag til fremtidig placering
Center for Visitation og Diagnostik (CVD)	Bidrager til ensartet visitation i psykiatrien. Foretager konkret fordeling til de psykoterapeutiske ambulatorier og til centraliserede funktioner, hvor kapaciteten ikke er bygget op om, at hvert psykiatrisk center skal varetage et populationsansvar.	Østerbro, København	Bispebjerg Frederiksberg Hospital
Vikarcenteret	Sikrer tværgående koordinering af vikarer med psykiatri-kvalifikationer. Sikrer den bedste udnyttelse af vikarressourcen på tværs af regionen. Ledelsesmæssigt ansvar for sikkerhedsassistenter – og ledelsesansvar for Velkomsthuset på PC Sct. Hans	Kristineberg	Amager Hvidovre Hospital
Kompetencecenter for Recovery	Skole for patienter, mentorer, medarbejdere og pårørende. Samarbejde med patientorganisationer samt udviklings- og forskningsprojekter.	PC Ballerup	Herlev Gentofte Hospital
Somatisk sygdomsopsporing	Puljefinansieret indsats med udvikling og udbredelse af screeningstilbud. Sygeplejersker og praktiserende læger, som arbejder i klinikken.	Kristineberg og klinikken	Bispebjerg Frederiksberg Hospital
Psykinfo	Rådgivning af borgere, afholdelse af events, undervisning af fx politi og skoler, drift af national EN AF OS kampagne.	Nørreport, København	Bispebjerg Frederiksberg Hospital
Forskningsstøtte	Rådgivning om bevillings-spørgsmål og ansøgnings-muligheder, fordeler psykiatriens forskningspulje, formidling og events.	Kristineberg	Bispebjerg Frederiksberg Hospital
Implementering af dobbeltdiagnosebehandling	Implementering af integreret dobbeltdiagnosebehandling i ambulatorier og sengeafsnit i regionen.	Kristineberg	Bispebjerg Frederiksberg Hospital
Tværgående udviklingsindsatser	Tværasektorielt samarbejde om udvikling af udgående teams (F-ACT), beskæftigelsesindsatser ift. borgere med psykisk sygdom (IPS), og betjening af botilbud i kommunerne og regionen.	Kristineberg	Bispebjerg Frederiksberg Hospital
Sundhedsfaglige råd og KAG	Betjening af SFR for specialerne psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri, samt koordination og udbredelse af modellen med KAGs (tværgående faglig ledelse og kvalitetsudvikling).	Kristineberg	Bispebjerg Frederiksberg Hospital
Kost	Udvikling og koordinering af kostkoncept. Kost leveres fra Rigshospitalets køkken i Glostrup	Kristineberg	Rigshospitalet
Handleplan for sikkerhed og tryghed	Implementering af handleplan for sikkerhed og tryghed. Er tæt koblet til vikarcentret og Sct. Hans.	Kristineberg og centrene	Amager Hvidovre Hospital
Kapacitetsstyring	Drift af styringsmodel som er koblet til den centrale visitation.	Kristineberg	Bispebjerg Frederiksberg Hospital

Tabel 2: Overblik over funktioner og opgaver

7.1 Fokus på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital med en stærk psykiatrisk profil

Med integrationen af både Psykiatrisk Center København (inkl. Psykiatrisk Center Bornholm) og Børne- Ungdomspsykiatrien med Bispebjerg og Frederiksberg Hospital får hospitalet en stor del af den psykiatriske aktivitet i Region Hovedstaden. Bispebjerg og Frederiksberg Hospital får dermed et stærkt fagligt psykiatrisk forsknings- og udviklingsmiljø. Det ligger i naturlig forlængelse heraf, at en række fælles tværgående udviklings- og implementeringsopgaver holdes samlet og placeres på hospitalet jf. tabel 2. Det betyder, at hospitalet skal varetage tværgående funktioner og opgaver om forskning, Kliniske Akademiske Grupper (KAG's) og SFR på vegne af hele regionen.

Hospitalet får dermed en særlig administrativ og ledelsesmæssig opgave i understøtte de stærke faglige miljøer i hele regionen, så fundamentet for kvalitet, forskning og innovation i psykiatrien fortsat understøttes. Bispebjerg og Frederiksberg Hospital får dermed også de administrative ressourcer, som følger med opgaven om forskningsstøtte og administrativ understøttelse, så de tværgående udviklingsinitiativer fastholdes. Administrativ understøttelse af opgaverne foldes yderligere ud i afsnit 8.2.



8. FREMTIDENS HOSPITALER MED FOKUS PÅ BÅDE PSYKIATRI OG SOMATIK

I dette afsnit beskrives anbefalinger for det videre arbejde med integration og ligestilling af psykiatri og somatik, når der er truffet beslutning i regionsrådet i juni 2025.



Når der er truffet beslutning i regionsrådet i juni 2025 starter implementeringsarbejdet og fortsætter i de kommende år. Den kommer overordnet til at omhandle ledelsesmæssig, klinisk og administrativ integration:

- **Ledelsesmæssig og organisatorisk integration** mellem de nuværende psykiatriske centre og akuthospitalerne. Der skal lokalt arbejdes med, hvordan afdelingsledelserne skal organiseres, og hvordan de skal samarbejde i daglig praksis.
- **Administrativ integration** omhandler integrationen af de nuværende opgaver og ansatte i den centrale stab i psykiatrien i den nye organisering på akuthospitaler og koncerncentre.
- **Klinisk integration** omhandler patientperspektivet, hvor akuthospitalerne og de psykiatriske centre skal i gang med at arbejde konkret med arbejdsgange og patientforløb, herunder hvordan det konkrete patientforløb skal se ud, organisering af akutområdet mv. Dertil skal der være et fokus på hvordan samarbejdet mellem psykiatri og somatik kan udfolde sig med henblik på at styrke sammenhængen for patienterne. Det kan fx ske ved udvikling af fælles patientforløb på tværs af sammenhængende specialer på tværs af fx akutområde, ældreområde og børne-unge området.

På den korte bane skal der ske en systemmæssig integration af løn- og vagtplanlægning, økonomi, sundhedsplatformen og andre kliniske systemer. Denne del er kritisk i forhold til en smidig overgang pr. 1 januar 2026.



8.1 Centrale indsatser for integration af psykiatri og somatik

I fasen med ledelsesmæssig, klinisk og administrativ integration er der en række indsatser, der skal sikre et øget tværgående ledelsesfokus og understøtte overgangen fra en organisatorisk sammenlægning til reel integration og ligestilling af psykiatrien i sundhedsvæsenet. Ud over de centrale indsatser skal hvert hospital lokalt arbejde med at integrere og ligestille psykiatri med de somatiske specialer.

8.1.1 Ledelsesforum for Psykiatri

Der skal fortsat være et tværgående blik på de igangsatte udviklingsindsatser i psykiatrien, og derfor anbefaler koncernadministrationen, at der etableres et tværgående Ledelsesforum for Psykiatri i en overgangsperiode med opstart senest 1. januar 2026.

Forummet skal referere til Hospitalsdirektørkredsen og skal understøtte en fælles strategisk retning, tværgående koordination, dialoger og større udviklingsindsatser, der besluttet enten i Hospitalsdirektørkredsen, politisk eller på nationalt niveau. Det skal ses som et supplement til den faglige kliniske udviklingsindsats, der sker med styrkelse af sundhedsfaglige råd (SFR) i psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri. Formålet med at etablere et særskilt ledelsesforum i overgangsperioden er at sikre tilstrækkelig mulighed for dialog og koordination mellem alle hospitalerne i regionen, når psykiatrien går fra at være et enkeltstående hospital til at skulle integreres i de øvrige hospitaler.

Det er nødvendigt med et skærpet fokus i forhold til at kunne sætte den strategiske retning for fx tværgående samarbejde om kapacitet, planlægning, kvalitetsudvikling og forskning på tværs af hospitalerne for at kunne understøtte en succesfuld integration, hvor psykiatrien ikke mister momentum. Det gør sig særligt gældende for udviklingsindsatser som fx implementering af 10-års planen og handleplan for sikkerhed og tryghed samt nedbringelse af tvang. Ledelsesforummet er et midlertidigt strategisk forum, der på sigt overgår til Hospitalsdirektørkredsen.

8.1.2 Model for specialiserede kompetencer på tværs af psykiatri og somatik

Fysisk samlokalisering af psykiatri og somatik er i et vist omfang en vigtig parameter for, at patienter med samtidig psykiatriske og somatiske lidelser får den tværfaglige udredning og behandling, som skal sikre bedre sammenhæng i patientforløb. Dette vil også understøtte, at patienter med samtidig psykiatriske og somatiske lidelser ligestilles med patienter, der udelukkende har en somatisk lidelse.

Som et led i at understøtte at sammenlægningen allerede på kort sigt bevæger sig hen imod en egentlig integration og skaber nye faglige synergier mellem de psykiatriske afdelinger og de somatiske afdelinger i regionen, anbefaler koncernadministrationen, at alle hospitaler udvikler en model for specialiserede kompetencer på tværs af psykiatri og somatik.

Modellen skal sikre, at personale med psykiatriske kompetencer i højere grad er fysisk til stede på somatiske afdelinger eller kan tilkaldes hurtigt ved behov, så patienter på somatiske afdelinger fx kan stabiliseres psykiatrisk og herved bedre kan modtage somatisk behandling. Dette kunne for eksempel være den ældre patient i delirøs tilstand med lungebetændelse. Det kunne også være tværfaglige teams, som kan understøtte behandling af børn og unge med komorbiditet eller elektive tilsyn hvor der følges op på samme patient løbende. Samtidig skal modellen understøtte, at personale med somatiske kompetencer i større omfang er til stede på psykiatriske afdelinger, så patienter med psykiske lidelser får lettere adgang til specialiseret behandling og rådgivning i forhold til somatiske sygdomme. Modellen skal kunne operere inden for eksisterende økonomiske rammer.

Modellen kan med fordel hente inspiration fra de mange gode projekter som allerede eksisterer. Herunder Region Hovedstadens tilbud om somatisk sygdomsopsporing, almen medicinske læger ansat på PC Sct. Hans og PC Glostrup samt erfaringer fra Liaison-teams på PC Glostrup. Dertil har Region Sjælland udviklet og implementeret konceptet "Interventionsteams", der har psykiatriske kompetencer, som hospitalerne kan rekvirere hjælp fra døgnet rundt. Konceptet er i Region Sjælland afprøvet med stor succes på et hospital og udbredes i løbet af 2025 til de øvrige hospitaler.

Det er blandt andet med inspiration fra disse erfaringer, at koncernadministrationen anbefaler, at hospitalerne skal arbejde videre med modellen, herunder hvordan der i højere grad kan være fysisk tilstedeværelse af somatiske og psykiatriske kompetencer på henholdsvis psykiatriske- og somatiske afdelinger.

8.1.3 Styrket fokus på kvalitetsudvikling og forskning i psykiatrien

Integration af psykiatri og somatik skal ske med et vedvarende og styrket fokus på kvalitetsudvikling og forskning i psykiatrien. Det er afgørende, at den fremdrift og udvikling, som psykiatrien er lykkedes med at skabe de seneste år fastholdes og styrkes. Ligesom de mange initiativer, der skal løfte den faglige kvalitet og sikre kontinuerlig udvikling og fremdrift, fortsat koordineres effektivt på tværs af de psykiatriske centre og afdelinger.

Formålet med integrationen er også at skabe stærkere faglige miljøer, der fremmer tværfagligt og tværsektorielt samarbejde, videndeling og innovativ forskning. Dette skal bidrage til forbedret patientbehandling, styrket rekruttering og tilknytning af sundhedspersonale.

Psykiatrien har de seneste år fx haft en stor succes med de Kliniske Akademiske Grupper (KAG), der er en virkningsfuld kvalitetsudviklingsindsats, der binder det kliniske arbejde, forskning og kompetenceudvikling af medarbejdere sammen til gavn for patienterne.

Et centralt mål med integrationen af psykiatri og somatik er også at åbne op for nye forskningsfelter, særligt inden for sammenhænge mellem psykiske og somatiske sygdomme. Dette skal understøttes gennem etablering af fælles forskningsstrukturer, fx i regi af de psykiatriske SFR, som skal have ansvar for at udvikle og koordinere nye tværfaglige KAG'er eller særskilte tværfaglige forskningsråd. Disse strukturer skal fremme innovativ sundhedsforskning og styrke samspillet mellem klinik, forskning og uddannelse – til gavn for både patienter og sundhedsvæsenet som helhed.

Psykiatrien er det hospitalsbaserede speciale med flest speciallæger og uddannelsesstillinger og dertil et stort patientvolumen. Med en ny organisering, hvor psykiatriske afdelinger placeres under flere hospitalsledelser, opstår der et behov for at gentænke og styrke strukturen omkring de to specialespecifikke Sundhedsfaglige Råd (SFR): SFR Psykiatri og SFR Børne- og Ungdomspsykiatri. SFR skal fremover være omdrejningspunkt for den faglige udvikling af psykiatrien i en samlet organisation.

En styrket SFR-struktur skal sikre fortsat koordinering og fastholdelse af opnåede kvalitetsforbedringer i psykiatrien. Der skal være bred tværfaglig og tværsektoriel repræsentation i de psykiatriske SFR lige som alle regionens hospitaler skal være repræsenteret. Dette skal understøtte, at psykiatri og somatik i højere grad inspirerer og styrker hinanden – til gavn for samarbejdet og patientbehandlingen. Samtidig bør psykiatrien tænkes aktivt ind i somatiske SFR, hvor der er relevante faglige snitflader.

8.1.4 Forskning i psykiatri som strategisk indsatsområde

Forskningen i psykiatrien har udviklet sig positivt i Region Hovedstaden de seneste år. Der er i Region Hovedstaden bygget excellente forskningsgrupper op, som udgør et væsentligt element i opbygningen af stærke faglige miljøer. Dog har området historisk været underprioriteret, både hvad angår finansiering og strategisk fokus. Flere vigtige forskningsområder er fortsat underudviklede og kræver særlig opmærksomhed – herunder akut psykiatri, psykoterapi, ældrepsykiatri og autisme.

Regionen har allerede en psykiatrisk forskningsplan, der omfatter 34 konkrete indsatser og løber til og med 2027. Planen danner et vigtigt fundament, men det er nødvendigt med fortsatte investeringer og dedikerede forskningsmidler til psykiatrien. Det kommende psykiatriske forskningscenter kan styrke og understøtte forskningsindsatsen i psykiatrien yderligere.

Det er ambitionen, at forskningscentret skal danne rammen om innovativ forskning, der målrettet kan identificere nye behandlingsmuligheder og føre til gennembrud i behandlingen af psykiatriske lidelser og på sigt føre til et paradigmeskift inden for tidlig opsporing og forebyggelse af psykisk lidelse.

En vigtig forudsætning for centerets etablering er ambitionen om hurtig omsætning af forskning til evidensbaseret patientbehandling og samspillet med de aktiviteter, der allerede er igangsat i forlængelse af 10-årsplan for psykiatri og den nationale forskningsstrategi. Forskningscenteret skal sammen med integrationen og ligestillingen af psykiatri og somatik være med til at sikre et løft af psykiatrien som en attraktiv arbejdsplads for læger, forskere og andre sundhedsprofessionelle, der kan være med til at skabe ny banebrydende forskning, der skal helbrede patienter eller markant øge livskvalitet.

8.1.5 Fremtidige muligheder for øget samlokalisering af psykiatri og somatik

Psykiatrien i Region Hovedstaden har i dag funktioner på i alt 31 matrikler. Funktionerne er placeret som følger:

- 8 på (eller tæt på) somatiske hospitalsmatrikler (med senge og ambulatorier)
- 9 øvrige matrikler (med senge og ambulatorier) som regionen ejer
- 14 matrikler (især med ambulatorier), hvor regionen lejer sig ind

I forbindelse med sammenlægningen af psykiatri og somatik er det relevant at se på, om der af hensyn til driftsøkonomien kan ske en reduktion af antallet af matrikler, hvor psykiatrien er til stede uden at gå på kompromis med ønsket om placering i nærmiljøet. Her er det samtidig relevant at se på mulighederne for på sigt at samlokalisere funktioner fra psykiatrien og somatikken på de samme matrikler til gavn for patienterne. Det kan fx være ved at samle funktioner ved omflytninger eller ved nybyg, hvor det er muligt.

Koncernadministrationen anbefaler derfor, at der fra 2026 vil blive set på den eksisterende bygningsmasse og analyseret på de fremtidige muligheder for samlokalisering af psykiatri og somatik. Det vil betyde, at de fysiske rammer kan understøtte et tættere samarbejde mellem somatik og psykiatri: Det kunne fx være at placere de børne- og ungdomspsykiatriske ambulatorier tættere på de pædiatriske afdelinger. Derudover anbefaler koncernadministrationen, at hospitalerne allerede fra 1. januar 2026 indtænker samlokalisering i deres arbejde med integration og ligestilling af psykiatri og somatik – dels med henblik på effektiv drift, men særligt også for at understøtte faglige synergieffekter mellem de sundhedsfaglige specialer.

8.1.6 Inddragelse af brugerrepræsentanter med psykiatriske sygdomme

De lokale dialogfora på de psykiatriske centre videreføres i den nye organisering således, at der stadig finder organisatorisk brugerinddragelse sted på de lokale psykiatriske afdelinger på de nye akuthospitaler med både somatisk og psykiatrisk behandling.

Alle somatiske hospitaler i Region Hovedstaden arbejder systematisk med organisering af patient- og brugerinddragelse. Hospitalerne har metodefrihed til, hvordan de vælger at tilrettelægge denne inddragelse.

I forbindelse med integration og ligestillingen af psykiatri og somatik får hospitalerne en central opgave med at få integreret brugere med psykiske sygdomme i deres organisatoriske brugerinddragelse.

8.2 Forslag til fremtidig administrativ understøttelse af de nye hospitaler

Integration af psykiatri og somatik indebærer en gentænkning af, hvordan administrationen bedst kan understøtte opgaveløsningen indenfor det psykiatriske område på hospitaler, i kliniske funktioner og i det politiske system – både lokalt, regionalt og på nationalt niveau.

Der er behov for en solid, fagligt stærk og nærværende administration tæt på klinikken, som kan understøtte den vedvarende udvikling og implementering af den faglige kvalitet i behandlingen af borgerne, 10-årsplanen for psykiatrien, styrket forskning og tværgående samarbejde i regionen om kapacitet og systematisk kvalitetsudvikling. Samtidig er det vigtigt, at den nye organisering understøtter de kommende sundhedsråd og etableringen af Region Østdanmark.

I dag består den centrale administration i Region Hovedstadens Psykiatri af ca. 169 medarbejdere og ledere. Efter implementering af reformsåret vil disse fra 1. januar 2026 skulle arbejde i en ny organisation – enten i administrative funktioner på tværs af hospitalernes afdelinger og afsnit eller i et koncerncenter.

Udover den centrale stab i psykiatrien er der ca. 137 administrative medarbejdere der i dag arbejder på de psykiatriske centre. Disse administrative medarbejdere understøtter den lokale ledelse og arbejder helt tæt på klinikken og fortsætter pr. 1. januar 2026 i udgangspunktet med at arbejde i det pågældende center på et akuthospital for at sikre, at patientbehandlingen foregår upåvirket.

8.2.1 Fordeling af administrative medarbejdere

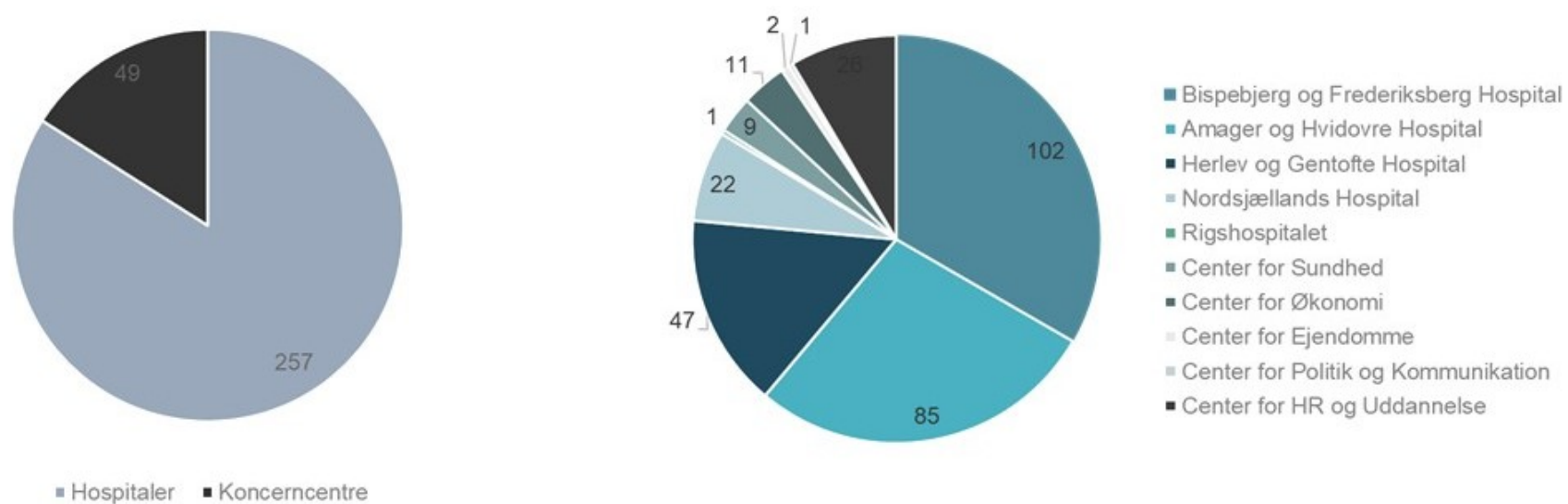
Løsningsforslaget er udarbejdet i en faglig proces, hvor medarbejderrepræsentanter fra psykiatrien og administrative chefer fra de omfattede fagområder fra hospitalerne, psykiatrien og koncerncentre har bidraget med viden, erfaringer, nytænkning og faglig indsigt.

Specialiserede opgaver, der kræver særlige kompetencer, foreslås samlet på ét akuthospital. Fordelingen til de specialiserede opgaver sker på baggrund af en konkret vurdering af opgaven. Fordelingen af det administrative personale, der udfører mere generelle administrative opgaver er baseret på, hvor mange nye medarbejdere de respektive akuthospitaler tilføres ved fordelingen af de psykiatriske centre

Forslaget indebærer at:

- Ca. 55 medarbejdere overføres fra den centrale stab på Kristineberg til administrative funktioner på tværs af hospitalernes afdelinger og afsnit. Dette er ud over de 137 lokale administrative årsværk, der følger centrene til akuthospitalerne
- Ca. 65 medarbejdere placeres på udvalgte hospitaler med opgaver, der skal løses på tværs af regionen. Disse medarbejdere er udover de medarbejdere, der er en del af de tværgående funktioner jf. afsnit 7.
- 49 medarbejdere placeres i koncerncentre, primært med fokus på koordinering af tværgående initiativer. Halvdelen af de 49 medarbejdere løser opgaver inden for uddannelse og kompetenceudvikling og foreslås sammenholdt for at sikre et fortsat stærkt fokus herpå samt på tryghed og sikkerhed for personalet.

Overblik over fordeling af årsværk



Figur 4: Visualisering af forslag til fordeling af opgaver og dermed årsværk fra den centrale stab og centeradministrationerne på tværs af hospitaler og koncerncentre. CVD og vikarcenteret indgår ikke i visualiseringen.

8.2.2 Personaleproces for administrative medarbejdere

Personaleprocessen er planlagt ud fra regionens personalepolitiske principper for organisationsforandringer og tilpasning af personaleressourcer. Principperne er et supplement til de regler, rettigheder m.v., der følger af lovgivning, overenskomster, MED-aftalen og lignende.

Hovedlinjen i den planlagte personaleproces er, at medarbejderne følger deres opgave. Medarbejdere får besked om deres fremtidige arbejdssted inden sommerferien.

I februar 2025 blev der afholdt en indledende interesselikvidation for medarbejdere i den centrale stab på Kristineberg ift. fremtidigt ansættelsessted. Hvis denne ikke matcher de faktiske muligheder, er der mulighed for en ny præferencesamtale.

9. Økonomiske overvejelser i sammenlægning af psykiatri og somatik

I følge aftalen mellem regeringen og Danske Regioner har regionerne ansvaret for at etablere en model, der muliggør økonomisk opfølgning og sikrer, at midlerne fortsat anvendes til psykiatrien.

De psykiatriske centre flyttes til akuthospitalerne med udgangspunkt i en centervis tilgang, hvor det eksisterende patientgrundlag, populationsansvar, funktioner og driftsramme bevares. Denne tilgang sikrer en kontrolleret overgang, hvor eksisterende ressourcer og strukturer understøtter opretholdelsen af det faglige niveau.

Psykiatriens økonomi overføres til akuthospitalerne med afsæt i budgettet for 2025, herunder finanslovsmidler og øvrige kendte finansieringselementer. Administrationen vurderer løbende sammenhængen mellem budget og forbrug og sikrer, at eventuelle afvigelser adresseres rettidigt før godkendelse af budgettet for 2026.

Udgifter til støttefunktioner fordeles administrativt - baseret på enten konkret opgaveplacering eller via budgetnøgler, afhængigt af behovet for central styring. De nationalt fastsatte administrative besparelser indarbejdes parallelt med fordelingen af støttefunktioner fra den centrale stab på Kristineberg og følger regionens samlede proces for implementering af administrative besparelser.

9.1 Centrale puljer til psykiatrien

Med sundhedsreformens fokus på ligestilling mellem psykiatri og somatik er det afgørende at sikre en systematisk opfølgning på de 4,6 mia. kr. i 10-årsplanen for psykiatrien. Det samme gør sig gældende for centrale puljer for regionsrådets budgetforlig. De centrale puljer med forsinket afløb, fx midler til 10-årsplan, forbliver centrale, indtil de kan udmøntes til konkrete hospitaler. Igangværende anlægsprojekter og tilhørende budgetansvar overføres til hospitalerne. Den mellemregionale afregning skal afklares med henblik på, om den fortsat skal ske decentralt eller centraliseres fra 2026.

Den økonomiske opfølgning sker ved, at den nuværende registreringsramme videreføres for at sikre en tydelig adskillelse mellem psykiatri og somatik. Herved sikres hensyntagen til forskelle i registrering og afregning inden for henholdsvis psykiatri og somatik, som skal håndteres efter 1. januar 2026. Den økonomiske opfølgning, inklusive støttefunktioner, sker gennem særskilte formålsbestemte budget og regnskabsindberetninger til Danmarks Statistik og Danske Regioner for at overvåge de øremærkede psykiatrimidler. De nuværende indberetningskrav vil fortsætte i den økonomiske styring og opfølgning.

Bilag

Bilag 1: Aftale om integration og ligestilling af psykiatri og somatik

Bilag 2: Region Hovedstadens og Regions Sjællands fælles principper for integration og ligestilling af psykiatri og somatik

Bilag 3: Hospitalsprofiler

Bilag 4: Beskrivelse af udvalgte tværgående funktioner

BILAG 1



Aftale om ligestilling og integration af psykiatri og somatik

Marts 2025

Regeringen har i november 2024 indgået en bred politisk aftale om en sundhedsreform, som skal sætte retning for en nødvendig omstilling af sundhedsvæsenet. Som en vigtig del af den omstilling skal der sikres større sammenhæng og kvalitet i patientforløb på tværs af lægefaglige specialer – ikke mindst for patienter med flere samtidige sygdomme, herunder særligt patienter med både psykisk og somatisk sygdom. Omstillingen skal samtidig sikre større sammenhæng på tværs af hospital og kommune og styrke de nære sundhedsindsatser. Derfor er partierne bag aftalen også enige om, at borgerne skal have en bedre og mere sammenhængende behandling på tværs af psykiatriske og somatiske behandlingstilbud. Det kræver, at psykiatrien og somatikken, som i dag er ledelsesmæssigt og organisatorisk adskilte, integreres på både regions- og hospitalsniveau. Det skal skabe grundlag for, at patienter med komplekse forløb og behov for samtidige og koordinerede indsatser får den rette behandling af høj kvalitet i tide samt bidrage til yderligere at styrke det igangværende arbejde med et markant løft af den samlede indsats for mennesker med psykiske lidelser.

Regeringen og Danske Regioner er med denne aftale enige om de konkrete rammer for ligestillingen og integrationen af psykiatri og somatik i forhold til organisering, ledelse og implementering.

Overordnet formål

Parterne er enige om, at psykiatrien skal ligestilles med de øvrige lægefaglige specialer, og at psykiatrien og somatikken ledelsesmæssigt og organisatorisk skal integreres. Dette skal først og fremmest sikre, at man som patient oplever større sammenhæng i sit patientforløb, også på tværs af specialer. Integrationen og ligestillingen skal understøtte sundhedsrådenes mulighed for at løfte kvaliteten i den tværgående indsats for mennesker med både psykiske og somatiske lidelser. Det skal samtidig understøtte den fortsatte afstigmatisering af psykisk sygdom – også blandt sundhedspersonalet – og bidrage til, at mennesker med psykisk sygdom i højere grad oplever at være en del af det samlede sundhedsvæsen.

Psykiatrien har over de seneste år gennemgået en betydelig udvikling og er aktuelt i gang med implementeringen af en 10-årsplan for psykiatri, der skal løfte kvaliteten i indsatserne for patienten. En ligestilling og integration af psykiatri og somatik skal bruges til at understøtte og accelerere et fortsat løft af kvaliteten i psykiatrien og skal samtidig bidrage til læring i somatikken. Det gælder især de ambulante og udgående tilbud samt digitale løsninger, hvor psykiatrien de seneste år har udviklet velfungerende tilbud, som resten af sundhedsvæsenet med fordel kan tage ved lære af.

Patienter med både psykisk og somatisk sygdom har ofte komplekse forløb og behov for samtidige og koordinerede indsatser, hvor det sundhedsfaglige personale taler sammen på tværs af specialer. Større viden om – og forståelse for – vilkår og symptombillede på tværs af psykiatri og somatik kan dertil bidrage til, at man tidligere opdager somatisk eller psykisk sygdom, såvel som en mere helhedsorienteret hjælp, udredning og behandling og et styrket miljø for faglig udvikling på tværs. Det skal alt sammen bidrage til øget faglig udvikling, forskning og læring på tværs af lægefaglige specialer og derigennem sikre bedre rekruttering og fastholdelse af medarbejderne i både psykiatrien og somatikken.

Samtidig skal ligestillingen og integrationen understøtte et stærkere tværsektorielt samarbejde og være med til at danne grundlag for, at de nye sundhedsråd kan udvikle og tilrettelægge stærke og sammenhængende indsatser, der går på tværs af hospital og kommune.

Krav til fælles ledelse og organisering

Psykiatrien er i dag organiseret med egen ledelse på regionsniveau adskilt fra ledelsen af det øvrige sygehusvæsen. Derfor kræver integrationen af psykiatri og somatik en ny struktur både ift. det ledelsesmæssige ansvar og den generelle organisering.

Parterne er således enige om, at der skal ske en ledelsesmæssig, organisatorisk og administrativ integration af somatik og psykiatri på regions- og hospitalsniveau. Det indebærer også en ændret ledelsesstruktur, så hospitalerne fremover vil have et samlet ledelsesansvar for både psykiatriske og somatiske indsatser. Der vil i organiseringen af det psykiatriske og børne- og ungdomspsykiatriske speciale være mulighed for at tage faglige hensyn i den konkrete tilrettelæggelse i samme omfang som for øvrige specialer. I tillæg hertil skal regionerne, som tilfældet er i dag, tage hensyn til den gældende specialeplan og andre forhold, der gør, at ikke alle hospitaler varetager alle hospitalsfunktioner.

Parterne er derudover enige om følgende pejlemærker for den ændrede organisering:

1. Øget vidensdeling og samarbejde på tværs af somatik og psykiatri og styrkede faglige miljøer
2. Effektiv organisering af de psykiatriske tilbud
3. Styrket samarbejde mellem regioner og kommuner og udvikling af de nære sundhedstilbud gennem sundhedsrådene.

1. Øget vidensdeling og samarbejde på tværs af somatik og psykiatri og styrkede faglige miljøer

Parterne er enige om, at der er behov for en grundlæggende omstilling både organisatorisk og administrativt, som skal bidrage til faglig udvikling, forskning og læring på tværs af lægefaglige specialer. Omstillingen skal sikre øget multidisciplinært og tværfagligt samarbejde i alle dele af patientforløbet, ikke kun på ledelsesniveau. Regionerne har derfor ansvaret for at sikre den nødvendige

vidensdeling og koordination i en ny organisering, herunder bedre muligheder for tværfaglig forskning. Formålet er som nævnt at styrke de faglige miljøer for medarbejderne i både psykiatrien og somatikken og derigennem understøtte rekruttering og fastholdelse af sundhedsfagligt personale på sygehusene. Alt sammen til gavn for patienterne.

Integrationen skal ske under hensyntagen til at bevare sammenhængskraften inden for de psykiatriske specialer. Det gælder eksempelvis gennem de allerede etablerede og velfungerende uddannelsesmæssige, forskningsmæssige og faglige fællesskaber.

2. Effektiv organisering af de psykiatriske tilbud

Parterne er enige om, at en ny samlet ledelsesstruktur skal ligestille organiseringen af psykiatrien med andre specialer. Formålet er at sikre synergi og gensidig læring og fortsat understøtte effektiv styring og ledelse. Integrationen tilrettelægges, så ledelse af psykiatrien effektivt kan varetages af den samlede hospitalsledelse.

På samme måde som i de resterende lægefaglige specialer skal ledelsesstrukturen i forhold til de psykiatriske specialer fortsat sikre den tilstrækkelige ledelseskraft og understøtte rekruttering og fastholdelse af de nødvendige faglige kompetencer. Samtidig skal den positive udvikling, der har været i psykiatrien de seneste år, fastholdes og udbygges. Det kræver, at der sikres tilstrækkeligt indblik i de psykiatriske specialer på et passende ledelsesniveau. Den ledelsesmæssige integration skal derudover tage højde for regionernes ansvar for planlægning og kapacitetsstyring i psykiatrien – både i den enkelte region, på tværs af regioner og i samspil med øvrige nærliggende specialer.

Parterne er enige om, at det er op til den enkelte region at afklare, hvordan man fysisk vil tilrettelægge en ny organisering. Som det er tilfældet i dag med andre specialer, skal der tages højde for den nødvendige faglige og organisatoriske robusthed i tilbuddene, lokale forhold og eksisterende matrikler. Psykiatrien skal, som andre specialer, kunne udvikle organisering og fysiske rammer løbende og tilrettelægge indsatsen herefter.

3. Styrket samarbejde mellem regioner og kommuner og udvikling af de nære sundhedstilbud gennem sundhedsrådene

Parterne er enige om, at sundhedsrådene skal arbejde for bedre helhedsorienterede løsninger, hvor psykiatri og somatik tænkes sammen som en samlet, nær indsats for mennesker med både psykiske og somatiske lidelser. Grundlæggende får sundhedsrådene en central rolle i at sikre et stærkt fokus på nærhed og sammenhæng i opgaveløsningen, både på tværs af lægefaglige specialer, region og kommune. Ligestillingen og integrationen af psykiatri og somatik er derfor en forudsætning for, at de kommende sundhedsråd kan varetage det umiddelbare politiske og forvaltningsmæssige ansvar, herunder budgetansvar, for regionale behandlingstilbud af både somatisk og psykisk sygdom inden for et afgrænset geografisk område.

Regionerne bør således sikre en hensigtsmæssig tilrettelæggelse af ansvaret i sundhedsrådene, også i tilfælde hvor den ledelsesmæssige og organisatoriske forankring af bestemte behandlingstilbud ikke er lokaliseret i et sundhedsråds geografiske område. Det fordrer et regionalt stærkt ledelsesmæssigt fokus på at sikre et godt samarbejde med det pågældende sundhedsråd. Det gælder særligt for psykiatriske afdelinger, hvor den samlede volumen umiddelbart er lav, for eksempel i dele af retspsykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien – men også for psykiatrien generelt i lighed med andre specialer og tilbud.

Regionerne har ansvaret for at sikre en hensigtsmæssig planlægning og kapacitetsstyring på tværs af sundhedsråd, der sikrer gode patientforløb og en effektiv brug af de samlede ressourcer. Det skal samtidig muliggøre, at det enkelte sundhedsråd kan varetage og udvikle gode tilbud til borgerne på tværs af sygdomme og specialer.

Parterne er også enige om, at sundhedsrådene skal have blik for den samlede organisering af tilbud for mennesker med psykiske lidelser, så ligestillingen og integrationen af psykiatri og somatik også slår igennem i de nære tilbud som del af en samlet indsats. Det skal særligt komme til udtryk i samarbejdet mellem den regionale psykiatri og socialpsykiatrien og som led i den generelle omstilling til et stærkere og mere nært sundhedsvæsen. Det vedrører eksempelvis udgående eller ambulante tilbud, hvor den psykiatriske indsats foregår tæt på den enkeltes hverdag eller støtte til uddannelse og job.

Den kommunale repræsentation i sundhedsrådene skal understøtte samarbejde og koordination mellem den regionale psykiatri og relevante kommunale tilbud og indsatser, herunder inden for socialpsykiatrien, og dermed styrke det tværsektorielle samarbejde til gavn for patienterne.

Sammenhæng til den fortsatte udvikling af psykiatrien

Psykiatrien har gennemgået en markant faglig udvikling, der i de seneste år har været forankret i et stærkt udviklingsarbejde på tværs af regioner med øget faglig synergi. Der vil i de kommende år ligeledes være et fortsat arbejde med udvikling og implementering af en lang række væsentlige initiativer i regi af en samlet 10-årsplan for psykiatrien. Derfor er et fortsat ledelsesmæssigt fokus på at løfte kapacitet og kvalitet i psykiatrien og sikre bedre udnyttelse af kapaciteten afgørende. Det gælder også den tværregionale kvalitetsindsats i psykiatrien, herunder fx det fortsatte arbejde med at udvikle og drive de tværfaglige kvalitetsgrupper – Danske Multidisciplinære Psykiatri Grupper (DMPG'er).

Parterne er enige om, at det med integrationen skal være muligt at følge op på anvendelsen af midlerne i 10-årsplanen for psykiatrien, så det sikres, at løftet af psykiatrien på 4,6 mia. kr. fortsat går til at styrke indsatsen for mennesker med

psykiske lidelser. Det skal generelt sikres, at den brede styrkelse og udvikling af psykiatrien videreføres på alle områder i en ny organisering.

Implementering og opfølgning

Alle regioner igangsætter primo 2025 en proces, der skal sikre ligestilling og integration af psykiatri og somatik på regions- og hospitalsniveau med det mål, at patienter skal opleve større sammenhæng og kvalitet i indsatserne. Parterne er enige om, at integration af somatik og psykiatri og styrket tværsektorielt samarbejde mellem regioner og kommuner er vigtige fokuspunkter i forberedelsen af de nye sundhedsråd i 2026. Parterne er desuden enige om, at alle regioner har udarbejdet en plan for den ledelsesmæssige, organisatoriske og administrative integration senest d. 1. januar 2026. Region Sjælland og Region Hovedstaden koordinerer deres indsatser med henblik på, at det forberedende regionsråd for Region Østdanmark senest d. 1. april 2026 laver en samlet plan med fælles sigtepunkter, som skal godkendes af Sundhedsstyrelsen.

Parterne er enige om, at den ledelsesmæssige, organisatoriske og administrative integration skal igangsættes hurtigst muligt og skal være implementeret i alle regioner senest d. 1. januar 2027. Integrationen skal ske inden for rammerne af denne aftale.

Parterne er enige om, at regionerne har ansvaret for at tilrettelægge en organisering og en proces, som muliggør, at regionerne er i stand til at følge op på effekten af den nye struktur herunder i forhold til patientforløb. Endelig er parterne enige om løbende at følge op undervejs i integrationsprocessen frem mod 1. januar 2027. Parterne er ligeledes enige om at gøre status umiddelbart efter, at integrationen er fuldt implementeret, herunder at gøre status på erfaringer med ny ledelsesstruktur.

BILAG 2



Fælles administrative principper og koordineret plan for ligestilling og integration af psykiatri og somatik i Region Hovedstaden og Region Sjælland

Som fundament for arbejdet med at integrere somatik og psykiatri i de to østdanske regioner frem mod fusionen i 2027, er der fastlagt en række fælles administrative principper. Disse principper er baseret på aftalen om sundhedsreformen samt den konkrete aftale for ligestilling og integration af psykiatri og somatik, der er indgået mellem Regeringen og Danske Regioner den 11. marts, 2025].

Formålet med principperne er at etablere en klar ramme for, hvordan integrationen af somatik og psykiatri skal forløbe i de to regioner og i en kommende østdansk region. Dette skal sikre, at alle borgere og patienter får lige adgang til både somatisk og psykiatrisk behandling i alle sundhedsråd, og at de behandles på en måde, der fremmer ligestilling af psykiatri og somatik.

Principperne skal sikre, at de to regioner arbejder mod et fælles mål, koordinerer deres indsatser og deler viden i beslutningsprocessen frem mod sammenlægningen. De skal også tage højde for de eksisterende forskelle i organisering, struktur og vilkår i de to regioner (primo 2025). Yderligere vil principperne indgå som en central del af den kommende regionale sundhedsplan for Region Østdanmark, hvor den fortsatte udvikling af integrationen vil blive beskrevet. Ifølge *Aftale om ligestilling og integration af psykiatri og somatik* skal Region Sjælland og Region Hovedstaden koordinere deres indsatser med henblik på, at det forberedende regionsråd for Region Østdanmark senest den 1. april 2026 laver en samlet plan med fælles sigtepunkter, som skal godkendes af Sundhedsstyrelsen. De fælles administrative principper og koordineret plan er grundlaget for denne plan.

Region Hovedstaden og Region Sjælland vil på flere ledelsesmæssige niveauer løbende koordinere integrationen af psykiatri og somatik frem mod dannelsen af Region Østdanmark.

De fælles østdanske principper

Principperne gælder for den samlede integration af somatik og psykiatri, herunder både voksenpsykiatri, børne- og ungdomspsykiatri samt retspsykiatri. De skal sikre, at de to regioner arbejder i overensstemmelse med de pejlemærker, som Danske Regioner og Regeringen har skitseret i "Aftale om ligestilling og integration af psykiatri og somatik".

1. Krav til fælles ledelse og organisering

Princip: Gradvis transformation og faglig bæredygtighed

- Den kommende ledelsesstruktur skal sikre, at patienterne i Region Østdanmark oplever større sammenhæng i deres forløb og på tværs af specialer. Som led i den nye

struktur og generelle organisering sker der en administrativ integration på regions- og hospitalsniveau. Gradvist vil der således skulle arbejdes hen mod en ændret ledelsesstruktur, hvor hospitaler/sygehuse fremover har et samlet ledelsesansvar for både psykiatriske og somatiske behandlingstilbud og indsatser, og hvor der også tages højde for faglige hensyn og snitflader til relevante somatiske specialer i den videre konkrete tilrettelæggelse af organiseringen.

- Der skal sikres faglig, personalemæssig og organisatorisk bæredygtighed, så alle borgere i Region Østjylland tilbydes ens/lige behandling, dvs. samme service og kvalitet i behandlingstilbuddet uanset bopæl. Enhederne skal være tilstrækkeligt bæredygtige og have sammenhængskraft ift. både patientgrundlag og antal medarbejdere til at skabe balanceret vagtdækning, stærke faglige miljøer med faglig udvikling, forskning og uddannelse på tværs af specialer.

2. Øget vidensdeling og samarbejde på tværs af somatik og psykiatri og styrkede faglige miljøer

Princip: Trinvis faglig kobling og synergi

- De sundhedsfaglige råd (SFR) for hhv. psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri i Region Hovedstaden og Region Sjælland udvikler en ny fælles SFR-struktur og organisering. De nye SFR forventes at træde i kraft primo 2026 med understøttelse fra koncernadministration og stabe på hospitaler/sygehuse.
- De kommende tværfaglige og tværsektorielle SFR skal på sigt sikre videndeling, udvikling og koordination af behandling, kvalitet og uddannelse samt fortsat understøttelse af forskningsmiljøet inden for specialet.

3. Fortsat effektiv organisering af de psykiatriske tilbud

Princip: Driftssikker implementering af 10-årsplanen for psykiatrien og stabil drift

- For at lykkes med implementeringen af det fortsatte faglige løft og en ny sammenlagt organisation skal der være fokus på robust ledelse og tilstrækkelig med ledelseskraft i psykiatrien.
- Momentum i udviklingsarbejdet i psykiatrien skal fastholdes. De faglige og samarbejdsrelaterede forbedringer må ikke gå tabt, og der skal tages hensyn til implementeringen af 10-årsplanen for psykiatrien og den tværregionale kvalitetsindsats i psykiatrien.
- Klinikken og patientbehandling skal fungere så upåvirket som muligt trods organisatoriske ændringer, og der skal i arbejdet med integration af psykiatri og somatik være fokus på, hvilke løsninger der er bedst for patienter og ansatte.

4. Sundhedsrådene skal kunne løfte deres rolle i tilrettelæggelse og udvikling af sundhedstilbud på tværs af sektorer og specialer, herunder mellem psykiatri og somatik, og styrke samarbejdet mellem regioner og kommuner om indsatsen for mennesker med psykisk sygdom.

Princip: Populationsansvar og psykiatritilbud i alle sundhedsråd

- Der skal være fokus på sammenhængende patientforløb, der også tager geografiske afstande for patienter og pårørende i betragtning. Integreret somatisk og psykiatrisk behandling skal være muligt på de hospitaler/sygehuse, der har status af akuthospital/-sygehus. Fysisk sammenlægning vil som udgangspunkt ikke være muligt på kort sigt, og for nogle funktioner vil det ikke være hensigtsmæssigt.
- Alle borgere skal opleve samme høje kvalitet og lige adgang til sundhedstilbud. Det betyder også, at ét hospital/sygehus kan have populationsansvar for ét eller flere sundhedsråd eller et delt populationsansvar med andet hospital/sygehus. I disse tilfælde skal en hensigtsmæssig tilrettelæggelse af det politiske og forvaltningsmæssige ansvar afklares.

Bygger videre på de mange fælles psykiatriske tilbud i begge regioner

Psykiatrien Region Sjælland og Region Hovedstadens Psykiatri arbejder allerede tæt sammen om flere indsatser på hhv. det voksenpsykiatriske og børne- og ungdomspsykiatriske område. Det stærke eksisterende samarbejde kan bl.a. ses ved, at de to psykiatrier har mange af de samme tilbud til patienten, både på hovedfunktion og regionsfunktion:

F-ACT

Fleksibel udgående og opsøgende psykiatrisk behandling (F-ACT) har i en årrække i begge regioner været arbejdsmetoden- og organiseringen til ambulant behandling i voksenpsykiatrien til patienterne med svær psykisk sygdom. Tilsammen har begge regioner over 60 F-ACT teams, der yder tværfagligt, opsøgende, fleksibel behandling i nærmiljøet.

Fra 1. september 2024 overtog regionerne den integreret dobbeltdiagnosebehandling for patienter over 18 år, og her har begge regioner valgt, at denne behandling skal varetages primært af F-ACT teams. Varetagelse af den integreret dobbeltdiagnosebehandling er sket i et tæt og koordineret samarbejde på tværs af de fem regioner, for at sikre ensartet tilbud. Region Hovedstaden har allerede F-ACT teams for børn og unge, og fra efteråret 2025 vil Region Sjælland også have det.

OPUS

OPUS behandlingen er i begge regioner organiseret som selvstændige OPUS teams. I Region Sjælland er målgruppen patienter fra 15 til og med 35 år, der for første gang får symptomer på en psykose. I Region Hovedstaden er målgruppen patienter fra 18 til og med 35.

Begge regioners behandling og tilbud til patienterne i det toårige forløb er ens og tager udgangspunkt i de fælles rammer for forløb med mennesker med psykoselidelser som Sundhedsstyrelsen og Social- og Boligstyrelsen udkom med i forsommeren 2024.

STIME

I STIME tager kommuner og børne- og ungdomspsykiatrien fælles ansvar for at hjælpe børn og unge, der er i psykisk mistrivsel, men som ikke har behov for et forløb i børne- og ungdomspsykiatrien. Dette samarbejde blev opstartet i 2018 i Region Hovedstaden, mens Region Sjælland valgte at indføre det i 2024.

Med de fælles principper skal det sikres, at dette arbejde fortsætter og styrkes, både før og efter dannelsen af Region Østdanmark.

Faser for integrationen inkl. overordnet tidshorisont

De fælles principper for ligestilling og integration af psykiatri og somatik i det østdanske er styrende for ligestilling og integration over tid. Der forventes derfor, at der arbejdes efter en faseopdelt plan, som kan skitseres i følgende tre faser:

Fase 1: Plan for sammenlægning af psykiatri og somatik pr. 1.1.26

På kort sigt udarbejdes en fælles plan for, hvordan hele det psykiatriske område kan integreres med somatikken. Vilkår og forudsætninger for at sikre ligestilling og integration i de to østdanske regioner er meget forskellige, hvilket planerne i de to regioner også afspejler

Region Sjælland prioriterer opretholdelse af faglig robusthed og bæredygtighed for at sikre kvalitet og kapacitet og samtidig fastholde momentum i implementeringen af 10-årsplanen for psykiatrien. Derfor arbejdes der med en løsning, hvor psykiatrien i det nuværende Region Sjælland i første omgang samles ledelsesmæssigt i Sundhedsrådet for Midt- og Vestsjælland, men leverer sundhedsydelser i begge de nuværende sjællandske sundhedsråd. Der ændres ikke på den geografiske placering af, hvor ydelserne leveres. Dette gælder såvel almen voksenpsykiatri, retspsykiatri samt børne- og ungdomspsykiatri.

I Region Hovedstadens psykiatri prioriteres det, at klinikken og patientbehandlingen skal fungere upåvirket. For voksenpsykiatrien foreslås en løsning, hvor de psykiatriske centre forankres ledelsesmæssigt og organisatorisk hos geografisk nærliggende akuthospitaler – fysisk sammenlægning vil på kort sigt ikke være en mulighed.

For børne- og ungdomspsykiatrien prioriteres det at bevare en robust organisation med en stor faglig tyngde og ekspertise, der bidrager til en effektiv patientbehandling af høj kvalitet. Derfor foreslås en løsning, hvor børne- og ungdomspsykiatrien organisatorisk og ledelsesmæssigt forankres på ét somatisk hospital, på sigt med ambulante funktioner i alle sundhedsråd.

For retspsykiatrien prioriteres det at bevare de højt specialiserede kompetencer samlet. Der foreslås en midlertidig løsning, hvor Psykiatrisk Center Sct. Hans holdes som en samlet funktion med behandling på regionsfunktionsniveau inden for retspsykiatri og behandling på hovedfunktionsniveau inden for dobbeltdiagnoser. Derfor foreslås, at retspsykiatrien midlertidigt forankres organisatorisk og ledelsesmæssigt på et somatisk hospital i Region Hovedstaden, og at der udarbejdes en analyse af muligheder og udfordringer ved en fælles organisatorisk løsning på tværs af de to retspsykiatriske centre i Region Sjælland og Region Hovedstaden.

Fase 2: Plan for sammenlægning af psykiatri og somatik pr. 1.1.27

Også efter dannelsen af Region Østdanmark vil der skulle være fokus på at sikre den faglige robusthed i børne- og ungdomspsykiatrien. Dette betyder, at behandlingen af børn og unge med psykiske lidelser heller ikke efter den 1. januar 2027 forventes at kunne være ledelsesmæssigt forankret i alle seks østdanske sundhedsråd. Børne- og ungdomspsykiatrien vil på sigt være ledelsesmæssigt forankret i 2-3 Sundhedsråd, men vil levere ydelser og behandling i alle sundhedsråd i en østdansk region. Sengene i børne- og ungdomspsykiatrien befinder sig i dag på tre matrikler, to i det nuværende Region Hovedstaden og en i det nuværende Region Sjælland. Dette forventes også at være tilfældet umiddelbart efter den 1. januar 2027. Retspsykiatriens ledelse forventes samlet 1-2 steder på tværs af de to østdanske regioner baseret på en analyse af muligheder og udfordringer ved at samle i en fælles organisation

Fase 3: Psykiatri og somatik i den regionale sundhedsplan (efter 2027 og frem)

I denne fase vil der skulle arbejdes med at realisere visionerne med sammenlægningen. I forbindelse med udarbejdelsen af den regionale østdanske sundhedsplan skitseres arbejdet henimod en styrkelse af voksenpsykiatrien i de sundhedsråd, den ikke er ledelsesmæssigt forankret i. Samtidig beskrives en gradvis plan for samlokalisering af voksenpsykiatrien og somatikken på sigt i alle seks sundhedsråd. Dette vil kræve nybyg eller omflytninger flere steder. Hermed vil en ledelsesmæssig forankring og fysisk sammenlægning i alle seks sundhedsråd være en mulighed i alle østdanske sundhedsråd hen over en periode på 5-10 år.

For børne- og ungdomspsykiatriens gælder det, at der over tid vil kunne arbejdes for en mere hensigtsmæssig geografisk spredning af sengepsykiatrien i det samlede Region Østdanmark, da sengepladserne i dag ligger koncentreret i et begrænset område omkring Glostrup, Bispebjerg og Roskilde.

BILAG 3



Hospitalsprofiler efter sammenlægning af somatik og psykiatri i Region Hovedstaden

Enhed for Hospitalsplanlægning
Maj 2025



Introduktion

- Af denne præsentation fremgår hospitalsprofiler for akuthospitalerne i Region Hovedstaden efter sammenlægning af somatik og psykiatri.
- Af profilerne fremgår forventet aktivitet, dvs. antal ambulante aftaler og antal indlæggelser på hvert hospital samt forventet ændring i antallet af ambulante aftaler og indlæggelser efter sammenlægningen med psykiatrien.
- Til opgørelsen af ambulante aftaler og antal indlæggelser er anvendt tilgængelige opgørelser fra Region Hovedstadens Data og Analyseplatform (DAP). Psykiatriens administration har bistået inddelingen af organisatoriske enheder under psykiatrien på baggrund af det i rapporterne tilgængelige hierarki for at sikre den korrekte dataafgrænsning.

Ambulante aftaler og indlæggelser i de fire planlægningsområder efter sammenlægning

 Nord Nordsjællands Hospital PC Nordsjælland			Somatik	Voksenpsyk.	Børne- ungepsyk.	Retspsyk.	Total	Tilvækst
	Ambulante aftaler		582.400	66.200	-	-	648.600	10 %
	Indlæggelser		56.800	4.100	-	-	60.900	7 %
 Midt Herlev og Gentofte Hospital PC Ballerup PC Stolpegård			Somatik	Voksenpsyk.	Børne- ungepsyk.	Retspsyk.	Total	Tilvækst
	Ambulante aftaler		1.367.900	112.600	-	-	1.480.500	8 %
	Indlæggelser		74.600	2.900	-	-	77.500	4 %
 Byen Bispebjerg og Frb. Hospital PC København PC Bornholm BUC			Somatik	Voksenpsyk.	Børne- ungepsyk.	Retspsyk.	Total	Tilvækst
	Ambulante aftaler		581.000	185.500	119.500	-	886.000	34 %
	Indlæggelser		45.800	6.600	900	-	53.300	14 %
 Syd Amager Hvidovre Hospital PC Amager og PC Glostrup PC Sct. Hans			Somatik	Voksenpsyk.	Børne- ungepsyk.	Retspsyk.	Total	Tilvækst
	Ambulante aftaler		572.100	162.700	-	9.400	744.200	23 %
	Indlæggelser		80.900	6.900	-	500	88.300	8 %

Inkl. retspsykiatri

Nordsjællands Hospital



Somatik: Nordsjællands Hospital er akuthospital for planområde Nord. Hospitalets funktioner varetages fra matriklerne i Hillerød og Frederikssund. Sundhedshuset i Helsingør, som rummer en akutklinik og en række ambulatoriefunktioner, hører også under Nordsjællands Hospital.

Hospitalet varetager såvel de akutte som de planlagte funktioner for planområde Nord inden for fx kirurgi, led- og knoglekirurgi, hjerne- og nervesygdomme, det medicinske område, og kvinde-barn området. Desuden varetager hospitalet øre-, næse- og halskirurgi inkl. øresygdomme for planområde Midt og Nord. Hospitalet varetager også en række specialfunktioner inden for blandt andet led- og knoglekirurgi, kræftsygdomme (medicinsk behandling), øre-, næse- og halskirurgi samt børne- og lungesygdomme. Herudover er den diagnostiske enhed for planområde Nord beliggende på hospitalet.

For Børne- og Ungeafdelingen og Gynækologisk Obstetrisk Afdeling dækker Nordsjælland Hospital foruden planområde Nord de fire kommuner: Egedal, Furesø, Lyngby Tårnbæk og Rudersdal.

Når Nyt Hospital Nordsjælland er færdigbygget samles aktiviteten i Hillerød og Frederikssund her, og der etableres et sundhedshus med akutklinik i Frederikssund.

Voksenpsykiatri: PC Nordsjælland lægges sammen med Nordsjællands Hospital, som har en psykiatrisk akutmodtagelse. PC Nordsjælland diagnosticerer og behandler patienter med alle typer af psykiske lidelser. Centeret tilbyder behandling på døgnafsnit eller på et af centerets ambulatorier. PC Nordsjælland har desuden en specialfunktion i forhold til affektive lidelser.

Kommuner i planområde Nord: Allerød, Fredensborg, Frederikssund, Halsnæs, Gribskov, Helsingør, Hillerød samt Hørsholm

Befolkningstal 2025: Ca. 333.000 borgere

Aktivitet (2024):

	Ambulante aftaler	Indlæggelser
Somatik	582.400	56.800
Voksenpsykiatri	66.200	4.100
<i>Total</i>	<i>648.600</i>	<i>60.900</i>
<i>Tilvækst (efter sammenlægning med psykiatri)</i>	<i>10 %</i>	<i>7 %</i>



Herlev og Gentofte Hospital

Somatik: Herlev og Gentofte Hospital er akuthospital for planområde Midt og har aktivitet på to matrikler. Hospitalet har akutafdeling på Herlev-matriklen og en akutklinik på Gentofte-matriklen.

Hospitalet varetager såvel akutte som planlagte funktioner for planområde Midt inden for fx kirurgi, led- og knoglekirurgi, hjerne- og nervesygdomme, det medicinske område og kvinde-barn sygdomme. Hospitalet er regionens udviklingshospital for planlagt kirurgi på Gentofte-matriklen.

Hospitalet varetager også en række specialfunktioner inden for bl.a. lungesygdomme, børne- og unge sygdomme, urinsvejskirurgi, brystkirurgi og plastikkirurgi. På Herlev-matriklen er Kvinde-Barn-Centeret placeret. Herudover huser hospitalet den diagnostiske enhed for planområde Midt. Hospitalet skal for hele regionen varetage brystkirurgi og billeddiagnostik af bryst samt lede regionens brystkræftscreeningsprogram. Herlev og Gentofte Hospital har som et af landets kræftcentre en markant profil på kræftområdet med bl.a. døgndækkende billeddiagnostiske undersøgelser, akutte operationsfaciliteter og stråleterapienhed.

Voksenpsykiatri: PC Ballerup og PC Stolpegård lægges sammen med Herlev og Gentofte Hospital. PC Ballerup har ambulante tilbud, en døgnåben akutmodtagelse og sengeafsnit. Centeret har specialfunktioner inden for spiseforstyrrelsesbehandling af voksne, døvepsykiatri (landsfunktion) samt transkulturel psykiatri (herunder PTSD & traumatiserede flygtninge). Afsnit for specialiseret rehabilitering ligger på centeret.

Psykiatrisk Center Stolpegård er et specialcenter i psykoterapi, som består af tre kliniske enheder, som årligt behandler 1200 patienter i psykiatriske pakkeforløb i den regionale psykiatri. PC Stolpegård har specialfunktion for angst, OCD og personlighedsforstyrrelser.

Kommuner i planområde Midt: Ballerup, Egedal, Furesø, Gentofte, Gladsaxe, Herlev, Lyngby-Taarbæk, Rudersdal og Rødovre

Befolkningstal 2025: Ca. 479.000 borgere

Aktivitet (2024):

	Ambulante aftaler	Indlæggelser
Somatik	1.367.900	74.600
Voksenpsykiatri	112.600	2.900
<i>Total</i>	<i>1.483.500</i>	<i>77.500</i>
<i>Tilvækst (efter sammenlægning med psykiatri)</i>	<i>8 %</i>	<i>4 %</i>



Bispebjerg og Frederiksberg Hospital samt Bornholms Hospital

Somatik: Bispebjerg og Frederiksberg Hospital er akuthospital for planområde Byen og har akutafdeling på Bispebjerg-matriklen samt akutklinik på Frederiksberg. Når det nye hospital på Bispebjerg Bakke er klar til ibrugtagning, samles aktiviteten der.

Hospitalet varetager akutte og planlagte funktioner for planområde Byen inden for fx kirurgi, led- og knoglekirurgi samt funktionerne på det medicinske område. I samarbejde med Rigshospitalet varetages patienter med hjerne- og nervesygdomme i planområderne Byen og Syd. Hospitalet varetager også en række specialfunktioner inden for bl.a. lungesygdomme, hud-, allergi- og kønssygdomme, kirurgi samt hjerne- og nervesygdomme. Med ibrugtagning af Nyt Hospital Bispebjerg oprettes et kvinde-barn center med en fødeafdeling, en børne- og ungeafdeling inkl. afsnit for behandling af nyfødte samt en funktion for kvindesygdomme.

Bornholms Hospital indtager en særstatus i Region Hovedstaden på grund af de særlige geografiske forhold. Bornholms Hospital betjener øens faste befolkning samt turister og andre besøgende (ca. 600.000 personer årligt).

Voksenpsykiatri: PC København og PC Bornholm lægges sammen med Bispebjerg og Frederiksberg Hospital. PC København har en psykiatrisk akutmodtagelse geografisk placeret på Bispebjerg-matriklen og varetager fællestelefonen for de psykiatriske akutmodtagelser i regionen. PC København diagnosticerer og behandler patienter med alle typer af psykiske lidelser. Herudover har centeret en række specialiserede funktioner. PC Bornholm varetager diagnosticering, behandling og pleje af patienter fra 18 år og opefter med alle former for psykiatriske sygdomme.

Børne- og ungdomspsykiatri: Børne- og ungdomspsykiatrisk Center lægges sammen med Bispebjerg og Frederiksberg Hospital. Børne- og ungdomspsykiatrien består af en ambulant afdeling og en døgnafdeling, der tilsammen er fordelt på 6 matrikler.

Kommuner i planområde Byen: Københavnske bydele Bispebjerg, Brønshøj-Husum, Indre by, Nørrebro, Vanløse og Østerbro samt Frederiksberg Kommune.

På Bornholms Hospital modtager man ikke patienter fra specifikke planområder, som på de andre hospitaler, da hospitalet er akuthospital for hele øens befolkning samt turister.

Befolkningstal 2025:

- Ca. 504.000 borgere
- Heraf ca. 39.000 borgere på Bornholm

Aktivitet (2024):

	Ambulante aftaler	Indlæggelser
Somatik	581.000	45.800
Voksenpsykiatri	185.500	6.600
Børne og ungdomspsykiatri	119.500	900
Total	886.000	53.300
Tilvækst (efter sammenlægning med psykiatri)	34 %	14 %



Amager og Hvidovre Hospital

Somatik: Amager og Hvidovre Hospital er akuthospital for planområde Syd med akutafdeling på Hvidovre-matriklen, en akutklinik og medicinsk afdeling på Amager-matriklen samt ansvaret for akutklinikken på Rigshospitalet. Hospitalet varetager akutte og planlagte funktioner inden for fx kirurgi, led- og knoglekirurgi, gastroenterologi, hepatologi, det medicinske område, lindrende behandling og kvinde-barn sygdomme. Hospitalet varetager en række specialfunktioner inden for bl.a. kirurgi, mave-, tarm- og leversygdomme, infektionssygdomme samt børne- og unge sygdomme. Hospitalet har Danmarks største fødeafdeling.

Hospitalet har den diagnostiske enhed for planområde Syd og regionens screeningsprogram for livmoderhalskræft. Hospitalets infektionsmedicinske afdeling varetager den østdanske beredskabsfunktion for behandling og isolation af patienter med smitsomme sygdomme.

Voksenpsykiatri: PC Amager og PC Glostrup lægges sammen med Amager og Hvidovre Hospital. Begge centre har en akutmodtagelse, en række ambulatorier og flere døgnafsnit.

Specialiserede funktioner på PC Glostrup er bl.a. behandling af patienter med demens med svær adfærdsforstyrrelse, Skizofreni, Oligofreni, ADHD, Autisme og patienter, der er indlagt som følge af en retslig foranstaltning. PC Glostrup har specialfunktion i telefonisk og skriftlig rådgivning vedr. behandling af gravide og ammende. PC Amager har en specialfunktion for patienter med personlighedsforstyrrelser.

Retspsykiatri: Amager og Hvidovre Hospital rummer retspsykiatrien, Psykiatrisk Center Sct. Hans. Psykiatrisk Center Sct. Hans yder behandling og pleje indenfor områderne dobbeltdiagnoser og retspsykiatri.

Kommuner i planområde Syd: Albertslund, Brøndby, Dragør, Glostrup, Hvidovre, Høje-Taastrup, Ishøj, Tårnby, Vallensbæk, og følgende bydele i Københavns Kommune; Amager Vest, Amager Øst, Valby og Vesterbro.

Befolkningstal 2025: Ca. 611.000 borgere

Aktivitet (2024):

	Ambulante aftaler	Indlæggelser
Somatik	572.100	80.900
Voksenpsykiatri	162.700	6.900
Retspsykiatri	9.400	500
<i>Total</i>	<i>744.200</i>	<i>88.300</i>
<i>Tilvækst (efter sammenlægning med psykiatri)</i>	<i>23 %</i>	<i>8 %</i>
<i>Total (ekskl. PC Sct. Hans)</i>	<i>734.800</i>	<i>87.800</i>
<i>Tilvækst (ekskl. PC Sct. Hans)</i>	<i>22 %</i>	<i>8 %</i>

Metode (1 af 2)

- Alle opgørelser af antal ambulante kontakter og antal indlæggelser er trukket i Data og Analyseplatformen via rapporterne:
 - "Ambulatorie", og
 - "Indlæggelser og udskrivninger"
- **Tilvækst** er beregnet som ændring i hhv. antallet af ambulante aftaler og antallet indlæggelser på det pågældende hospital ved sammenlægning med psykiatrien.
- **Ambulante aftaler** er opgjort som "Antal aftaler" i rapporten "Ambulatorie".
 - "Antal aftaler" er i rapporten defineret som "Alle ambulante aftaler. Rapporten inkluderer også KDA aftaler".
 - Filtrering:
 - Valgt år er 2024.
 - Der er filtreret på "Besøgsstatus" så kategorierne "Afsluttet" og "Ankommet" er inkluderet, mens følgende kategorier er ekskluderet: "Udeblevet", "Aflyst", "Gået uden konsultation" og "Booket".
 - Alle kontaktyper er inkluderet, dvs. registrerede aftaler med fysisk fremmøde, hjemmebesøg, intern patientkontakt og virtuel patientkontakt.

Metode (2 af 2)

- **Indlæggelser** er opgjort som antal "Afsluttede indlæggelser" i rapporten "Indlæggelser og udskrivninger".
 - Rapporten inkluderer patientkontakter af typerne '0 Indlagt' og '5 Indlægges til us/op'.
 - Rapporten ekskluderer patientkontakter af typen 'Intern pt.kontakt'
 - "Afsluttede indlæggelser" er i rapporten defineret således: *"Patientkontakter, som har en slutdato, defineres som en afsluttende indlæggelse"*.
 - Filtrering:
 - Valgt år er 2024.
 - Der er filtreret på "Besøgsstatus" så kategorierne "Afsluttet" og "Ankommet" er inkluderet, mens følgende kategorier er ekskluderet: "Udeblevet", "Aflyst", "Gået uden konsultation" og "Booket".
 - Alle kontakttyper er inkluderet, dvs. registrerede aftaler med fysisk fremmøde, hjemmebesøg, intern patientkontakt og virtuel patientkontakt.

Metode: Enheder i psykiatrien anvendt i dataafgrænsning

	Enhed (DAP)	Tæller med i enhed under scenarierne
Børne- og ungepsyk.	RHP B1, BUC Bispebjerg	BUC Bispebjerg
Børne- og ungepsyk.	RHP B2, BUC Glostrup	BUC Glostrup
Børne- og ungepsyk.	RHP V2, CVI Børne- ungepsykiatri *	BUC Glostrup
Børne- og ungepsyk.	RHP B3, BUC Hillerød	BUC Hillerød
Voksenpsykiatrien	RHP A1, Psyk. Center Amager	Psyk. Center Amager
Voksenpsykiatrien	RHP M1, PC Ballerup	Psyk. Center Ballerup
Voksenpsykiatrien	RHP V1, CVI Voksenpsykiatri *	Psyk. Center Glostrup
Voksenpsykiatrien	RHP E1, PC Bornholm	Psyk. Center Bornholm
Voksenpsykiatrien	RHP P1, PC Glostrup	Psyk. Center Glostrup
Voksenpsykiatrien	RHP C1, PC København	Psyk. Center København
Voksenpsykiatrien	RHP N1, PC Nordsjælland	Psyk. Center Nordsjælland
Voksenpsykiatrien	RHP N4, PC Nordsjælland	Psyk. Center Nordsjælland
Voksenpsykiatrien	RHP K1R, Sct. Hans, retspsykiatrisk	Psyk. Center Sct. Hans
Voksenpsykiatrien	RHP K2M, Sct. Hans, psykiatrisk	Psyk. Center Sct. Hans
Voksenpsykiatrien	RHP O1, Stolpegård	Psyko-terapeutisk Center Stolpegård

* Visitationseenhederne har tværgående funktioner og ville almindeligvis blive talt med under en tværgående administrativ enhed.

BILAG 4



Dato: 7. maj 2025

Bilag 4: Beskrivelse af tværgående funktioner

Center for Visitation og Diagnostik (CVD)

Region Hovedstadens Psykiatri har i dag en central visitation, CVD. CVD har bidraget til ensartet visitation og dermed til, at patienterne får samme (og rigtige) tilbud. Selv om de fleste psykiatriske patienter visiteres ud fra bopæl, er der stadig behov for at sikre, at visitationen sker ud fra ensartede kriterier, hvilket er vanskeligt, hvis visitationen decentraliseres. Den påbegyndte og kommende dobbeltdiagnosebehandling vil ligeledes profitere af en central psykiatrisk visitation. En anden faglig fordel ved psykiatriens CVD er, at CVD foretager en konkret fordeling til de psykoterapeutiske ambulatorier og til centraliserede funktioner (som ikke er specialfunktioner), hvor kapaciteten ikke er bygget op om, at hvert psykiatriske center skal varetage et populationsansvar.

I somatikken har man ikke en specialespecifik central visitation, som går på tværs af hospitaler, som man har i psykiatrien – med undtagelse af fødeområdet, hvor der findes en central visitation fysisk beliggende på Gentofte Hospital.

Koncernadministrationen anbefaler, at man i en sammenlægning af somatik og psykiatri fastholder en central CVD. Dette for at sikre, at patienter fortsat fordeles på tværs af regionen til bl.a. de psykoterapeutiske ambulatorier – og ikke blot visiteres til de hospitaler, som patienterne ellers ville visiteres til givet deres bopæl. Det kan bidrage til bedre kapacitetsudnyttelse.

Koncernadministrationen anbefaler, at CVD forankres organisatorisk på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, hvor også PC København anbefales forankret. Fordele ved at forankre CVD her er, at PC København har en stor patientvolumen samt driver to store psykoterapeutiske ambulatorier. Der til er CVD fysisk placeret på Østerbro, og der er derfor en tæt geografisk kobling til Bispebjerg og Frederiksberg Hospital (3 km).

Vikarcentret

Vikarcentret i Region Hovedstadens Psykiatri sikrer tværgående koordinering af vikarer med psykiatri-kvalifikationer for at sikre den bedste udnyttelse af vikarressourcen på tværs af regionen. Vikarcentret har desuden det ledelsesmæssige ansvar for sikkerhedsassistenterne (som er til stede i alle fem akutmodtagelser i døgndrift), herunder rekruttering, uddannelse og fordeling.

Vikarcentret har også ledelsesansvaret for Velkomsthuset på PC Sct. Hans, og der er en tæt dialog mellem centerledelse, vikarcentret og den nuværende direktion i Region Hovedstadens Psykiatri.

Koncernadministrationen anbefaler, at man fastholder vikarcentret i sin nuværende form og organisatorisk forankrer centret på Amager og Hvidovre Hospital. Baggrunden for at forankre vikarcentret på Amager og Hvidovre Hospital er dels grundet hospitalets volumen, når både PC Glostrup, PC Amager og PC Sct. Hans anbefales forankret på hospitalet, men også grundet denne tætte kobling mellem sikkerhedsassistenterne på PC Sct. Hans og vikarcentret.

Patientkost

På de psykiatriske centre er der et fælles koncept for patientkost 'Patientkost til psykiatriske patienter', der er udviklet i samarbejde mellem Region Hovedstadens Psykiatri og Rigshospitalet. Konceptet tager hensyn til de særlige kostbehov psykiatriske patienter har sammenlignet med somatiske patienter. Der er etableret et set up for produktion, logistik og slut håndtering på de enkelte psykiatriske afsnit (ca. 1300 varme måltider dagligt). Alle psykiatriske sengeafsnit – med undtagelse af afsnit på PC Bornholm og PC Nordsjællands Hillerød-matrikel - modtager mad fra køkkenet på Glostrup Hospital. Center for Ejendommens logistik står for udbringning af maden.

Koncernadministrationen anbefaler at udskille leveringen af kost som samarbejdsaftaler mellem Rigshospitalet (som producerer kosten i dag) og de modtagende hospitaler. Derefter må de enkelte hospitaler tage stilling til, om de vil opretholde den nuværende løsning, eller om de selv vil overtage kostproduktionen og -distributionen.

Kompetencecenter for Recovery

Kompetencecenter for Recovery beskæftiger sig med udvikling, forskning og formidling af metoder til recovery-orienteret behandling og rehabilitering. Recovery-orienteret behandling er kendetegnet ved, at det er patientens personlige udviklings- og helbredelsesproces, som er i centrum i mødet med patienten, i organisationen og i kulturen.

Kompetencecenter for Recovery samarbejder med alle øvrige psykiatriske centre og er placeret på PC Ballerups matrikel.

Koncernadministrationen anbefaler, at Kompetencecenter for Recovery forbliver tæt på klinikken og patienterne – ligesom andre kompetencecentre i psykiatrien. Da Kompetencecenter for Recovery er placeret på PC Ballerups matrikel, foreslår koncernadministrationen organisatorisk forankring på Herlev og Gentofte Hospital.

Somatisk sygdomsopsporing

Somatisk sygdomsopsporing er en funktion på tværs af Region Hovedstadens Psykiatri. Formålet med funktionen er at forbedre opsporing af somatisk sygdom hos borgere, primært med psykose- og affektive lidelser, i de psykiatriske ambulatorier og botilbud og understøtte overgang til behandling hos eller via den praktiserende læge. Målet er at bidrage til mindsket overdødelighed og øget livskvalitet for disse patienter.

Funktionen startede i april 2022 i de første psykiatriske ambulatorier og er trinvist udvidet til ved udgangen af 2024 at dække 15 ambulatorier på tværs af regionens fem psykiatriske centre. Indsatsen forventes implementeret til alle ambulatorier medio 2025. Ved fuld opskalering forventes ansættelse af 6-7 sygeplejersker og 6-7 lægekonsulenter.

Koncernadministrationen anbefaler, at Somatisk sygdomsopsporing forbliver tæt på klinikken og patienterne. Koncernadministrationen foreslår, at Somatisk sygdomsopsporing forankres på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital med henblik på, at hospitalet skal sikre den tværgående koordinering af tilbuddet ud mod de øvrige hospitaler i regionen.



KOMMISSORIUM

Direkte 61555168
Mail Kamilla.walther@regionh.dk

Dato: 21. maj 2025

Arbejdsgruppe for forbedret tværsektorielt samarbejde om børn og unge med tegn på mental mistrivsel/psykisk sygdom

Formål med arbejdsgruppen

Tværsektoriel strategisk styregruppe (TSS) har besluttet at nedsætte en arbejdsgruppe, som skal bidrage til et forbedret tværsektorielt samarbejde i relation til børn og unge, der viser tegn op mental mistrivsel/psykisk sygdom. Arbejdsgruppens opgaver er foreslået af en tidligere arbejdsgruppe og godkendt af TSS i april 2025. Nærværende kommissoriums opgaver er således baseret på afrapporteringens anbefalinger, og er vedlagt som bilag.

Arbejdsgruppens opgaver

Udgangspunktet for alle opgaverne er at børn og forældres oplysninger skal tillægges større vægt, og bør derfor så vidt muligt indgå som en forudsætning i alle nedenstående opgaver. Derudover bør inddragelse af praktiserende børne- og ungdomspsykiatere indgå i opgavevaretagelsen, når det vurderes værdifuldt af arbejdsgruppens formandskab.

Arbejdsgruppens opgaver er mange og forskelligartede, og vil formentlig kræve forskellige fagpersoner og kompetencer. Derfor skal arbejdsgruppen arbejde med opgaverne i forskellige trin.

Indledningsvist skal arbejdsgruppen fokusere på følgende opgaver:

- 1. Konkretisering af kognitive vurderinger og præcisering af sektoransvaret**
Arbejdsgruppen skal foreslå, hvordan kommuner og region skal samarbejde om kognitive vurderinger, herunder definition og præcisering af sektoransvar.
- 2. Revision og udvidelse af målgruppebeskrivelser**
Arbejdsgruppen skal bidrage til videreudvikling af målgruppebeskrivelserne, så de også omfatter kommunernes lettilgængelige tilbud. Formålet er, at der opnås en fælles forståelse for målgruppernes definition og afgrænsning, fx ved udarbejdelse af flowchart.
- 3. Gøre det let at sende gode og relevante henvisninger**

Arbejdsgruppen skal udarbejde udkast til en revision af kriterier for henvisningen. Henvisningsskemaet og den dynamiske henvisning skal på baggrund heraf opdateres.

4. *Indhentning af kommunale oplysninger til henvisninger fra almen praksis*
Arbejdsgruppen skal komme med forslag til en arbejdsgang for evt. indhentning af kommunale oplysninger i processen for henvisninger.
5. *Afdækning af henvisninger af børn og unge under 18 år til privatpraktiserende psykolog¹*
Arbejdsgruppen skal udarbejde en kort afdækning af mulighederne for at henvise til en privatpraktiserende psykolog, samt indhente data, der belyser anvendelsen af mulighederne.

Derefter skal arbejdsgruppen fokusere på:

6. *Øget kendskab til hinandens forpligtelser og mulighedsrum*
Arbejdsgruppen skal udarbejde en plan for, hvordan kendskabet til hinanden bedst udbredes og i hvilke fora, herunder hvilke skriftlige materialer, der bør udarbejdes, hvordan de eksisterende driftsfora kan understøtte arbejdet (fx som et tværgående og tilbagevendende tema) mv.

Arbejdsgruppens forpersoner

Der udpeges forpersoner fra hhv. kommuner og region og almen praksis, som udgør et formandskab.

Arbejdsform

Formandskabet planlægger arbejdet med opgaverne. Der lægges op til at arbejde fleksibelt med opgaverne, så formandskabet sammen med sekretariatet beslutter, hvordan de enkelte opgaver bedst løses. Fx kan nogle opgaver håndteres af formandskabet og/eller sekretariatet, evt. suppleret af enkelte arbejdsgruppedeltagere eller ad hoc fagpersoner. Arbejdsgruppens formandskab kan også beslutte at nedsætte egentlige undergrupper.

Den samlede arbejdsgruppe vil efterfølgende blive inddraget til kommentering/høring. Den samlede arbejdsgruppe forventes derfor kun at skulle mødes få gange.

Denne arbejdsform skal bidrage til at gøre arbejdet operationelt, så der kan arbejdes hurtigt med opgaverne.

¹ Denne opgave er afstedkommet af drøftelsen i TSS af afrapporteringen (4. april 2025).

Arbejdsgruppens sammensætning

Arbejdsgruppen sammensættes på en måde, der sikrer, at den besidder såvel ledelseskompetencer som faglige kompetencer inden for børne- og ungdomspsykiatri, visitation, kommunernes myndighedsafdelinger, PPR, og lettilgængelige tilbud, almen praksis, samt brugerperspektiv.

Derudover kan der være behov for inddrage flere aktører/fagpersoner ad hoc i forhold til konkrete opgaver eller spørgsmål.

Arbejdsgruppen bemandes så vidt muligt med afsæt i den personkreds, der har deltaget i den tidligere arbejdsgruppe vedr. afdækning af muligheder for et forbedret tværsektorielt samarbejde om børn og unge, der viser tegn på mental mistrivsel/psykisk sygdom.

Arbejdsgruppen skal bestå af:

- 3-5 kommunale faglige ledelsesrepræsentanter
- 3-5 faglige (ledelses)repræsentanter fra Region Hovedstadens Psykiatri (børne- og ungdomspsykiatrien og center for visitation og diagnostik)
- 2 repræsentanter fra almen praksis med henholdsvis organisatorisk og faglig viden udpeget af PLO-H (heraf gerne én praksiskonsulent)
- 1-2 brugerrepræsentanter.

Brugerrepræsentanterne behøver ikke at have generel ekspertviden, men gerne et generaliseret erfarings- og vidensniveau om samarbejdet (fx pårørende). De kan evt. findes via BUC's forældrepanel eller via kommunale lettilgængelige tilbud.

Rammerne /mandat

Arbejdsgruppen forankres under Tværsektoriel strategisk styregruppe (TSS).

Arbejdsgruppen får mandat til at arbejde med at udfolde opgaverne beskrevet i nærværende kommissorium, herunder at godkende ændringer af dokumenter omfattet heraf. Udkast til ændringer skal forelægges lokale driftsfora for børn og unge, og de faglige sundhedsklynger kan orienteres om ændringerne. Endelig skal ændringerne indgå i den status, som forelægges TSS til orientering.

Sekretariatsbetjening

Arbejdsgruppen sekretariatsbetjenes af medarbejdere fra Enhed for Det Nære Sundhedsvæsen, Center for Sundhed, Det fælleskommunale sekretariat i hovedstaden, PLO-H sekretariatet, samt RHP.

Tidsforbrug

Der er behov for et hurtigt og fokuseret arbejde. Deltagerne må forvente at skulle bruge tid mellem møderne på at udarbejde og/eller kommentere dokumenter og oplæg.

Tidsplan

Arbejdsgruppen nedsættes i maj 2025.

Der skal gives en status til TSS ultimo 2025, hvor der tages stilling til det videre forløb.

Baggrund

Der etableres en arbejdsgruppe for det videre arbejde med at forbedre samarbejde om børn og unge med tegn på mental mistrivsel/psykisk sygdom (anbefalinger fra af rapportering fra den tidligere "arbejdsgruppe vedr. afdækning af muligheder for et forbedret tværsektorielt samarbejde om børn og unge, der viser tegn på mental mistrivsel/psykisk sygdom (2024-2025). Afrapporteringen blev godkendt af Tværsektoriel strategisk styregruppe den 4. april 2025.

Nedsættelsen af arbejdsgruppen sker med afsæt i et ønske om at styrke det tværsektorielle samarbejde, så børn og unge får den rette hjælp i tide. Ikke mindst set i lyset en stor stigning i antallet af børn og unge med tegn på mental mistrivsel, i antallet af henvisninger til BUC og i antallet af henvendelser til kommunerne og almen praksis fra familier med børn og unge med mental mistrivsel.

Anbefalingerne er supplerende til de eksisterende samarbejder og udviklingsprojekter på området, herunder STIME, KIT, lettilgængelige behandlingstilbud i kommunerne samt "*Samarbejdsaftale om børn og unge med psykisk sygdom*". Men implementeringen af anbefalingerne kan have betydning for de igangsatte projekter – fx vil implementeringen af anbefalingen om en kommunikationsaftale skulle indarbejdes i Samarbejdsaftalen.

Processen, som har ledt til de nuværende anbefalinger, har vist, at der fortsat er et stort behov for at styrke det tværsektorielle samarbejde om børn og unge med mental mistrivsel/psykisk sygdom. Det er et komplekst område med mange aktører, og alle parter er samtidig udfordret på kapaciteten på grund af den stigende efterspørgsel på hjælp og behandling. Så det er væsentligt, at vi er afstemte og har fokus på sammenhængen i tilbuddene, så vi sammen sikrer, at ingen børn og unge med mentale problemer falder uden for målgrupperne for alle sektorer.



PROJEKT

KOM GODT HJEM



TVÆRSEKTORIELT NETVÆRKS MØDE



AT KOMMUNEN FÅR ET GRUNDLAG FOR AT FORBEREDE EN "KOM GODT HJEM" PAKKE (§ 82B INDSATS) OG BØRGEREN TIDLIGT FORBEREDES PÅ PAKKENS INDHOLD OG DERMED BETRYGES I EN UDSKRIVELSE SENERE I FORLØBET



BØRGER, PCG-SOCIALRÅDGIVER OG MYNDIGHED FRA ISHØJ KOMMUNE



INDENFOR 1-2 UGER INDE I INDLÆGGELSEN



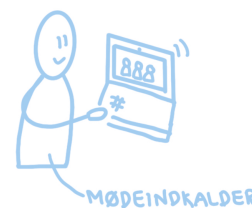
INDKALDE AFTALTE
SAMARBEJDSPARTNERE
VIA OUTLOOK



INDKALDELSE
• DAGSORDEN I KORT
PUNKTFORM
• TELEFONNUMRE



ÅBEN MØDERUM
• 5 MIN FØR
MØDESTART



TEKNISKE UDFORDRINGER:

- FØRSØG ADGANG VIA APP / BROWSER / TELEFON
- FØLG OP MED IT-SUPPORT OG AFPRØVNING





PROJEKT

KOM GODT HJEM



AFKLARE OM EN BØRGER KAN INDGÅ I EN "KOM GODT HJEM" PAKKE



SIKRE GOD OVERGANG FRA INDLÆGGELSE TIL SOCIAL STØTTE I EGET HJEM

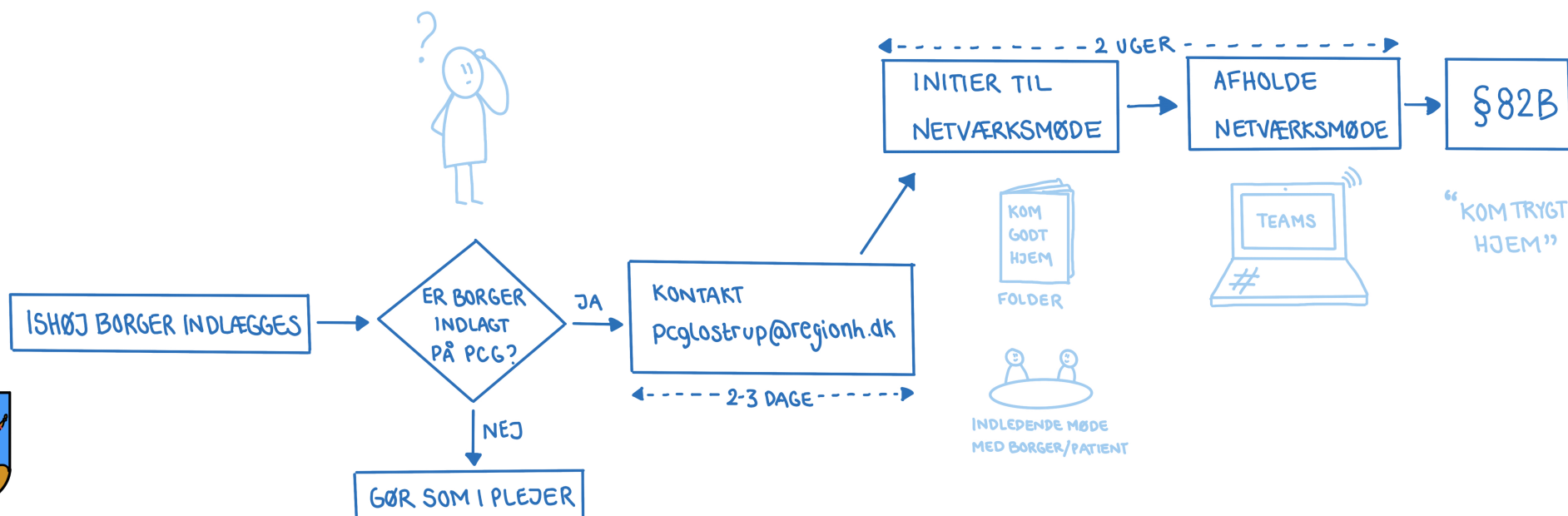
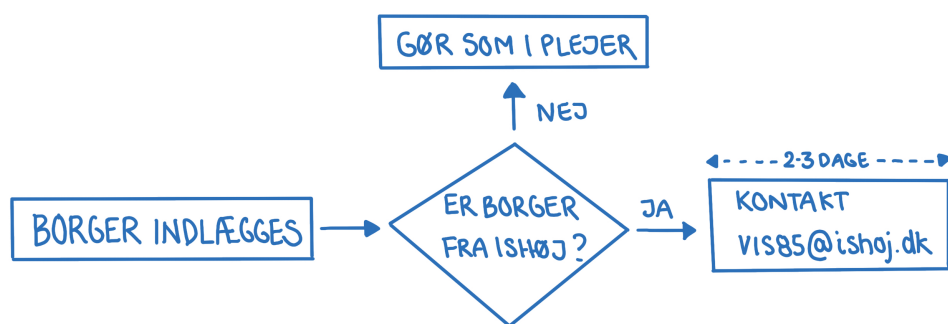


ISHØJ BØRGERE, SOM INDLÆGGES PÅ ET SENGEAFSNIT PÅ
PSYKIATRISK CENTER GLOSTRUP



KOM GODT HJEM

- KONTAKT INDENFOR 2-3 DAGE
- TVÆRSEKTORIELT NETVÆRKS MØDE INDENFOR 1-2 UGER
- GERNE DIGITALT
- §82B INDSATS INDLEDES





Tværasektorielle netværksmøder

Lars har mere end 15 kontaktpersoner og planer

En borger med psykisk sygdom møder mange forskellige kontaktpersoner og behandlere.

I den *behandlende psykiatri* er det ofte en psykiater, psykolog, sygeplejerske, socialrådgiver og ergoterapeut.

I *kommunen* har borgeren kontakt med sagsbehandler, socialpædagog, beskæftigelsesrådgiver og peer-medarbejder - afhængigt af behov.

Har borgeren en *samtidig somatisk sygdom*, fx diabetes har de også en kontakt til sygehuset og egen læge. Samt kommunens hjemmesygepleje og rehabilitering.

Det kan også være, at borgeren har behov for anden *bolig, sociale ydelser* og støtte til *hjemboende børn*. Også her er der en eller flere sagsbehandlere indover.

Derudover kan der være involveret *frivillige aktører*.

Tværasektorielle Netværksmøder: Fokus på borgerens aktuelle problemstilling

Tværasektorielle netværksmøder er et møde med de **væsentligste kontaktpersoner** fra kommune, psykiatri, evt. almen praktiserende læge og **borgeren**.

Deltagelse på møderne afhænger af borgerens aktuelle behov. Disse kan være socialfaglig støtte, boligforhold, sundhedsfaglig støtte, hjælp til beskæftigelse/uddannelse, økonomisk hjælp og/eller andet.

Mødet planlægges i videst muligt omfang med borgeren.

På mødet aftaler man næste skridt med udgangspunkt i borgerens problemstilling.

Det er **ikke** her, at der gives afgørelser eller udarbejdes behandlingsplaner. Men kan være et væsentligt input til de nævnte.

Både kommune, almen praksis og region kan indkalde til netværksmøde.

Implementering i hverdagen: Komplekse problemer kræver enkle indsatser

Med så mange forskellige kontaktpersoner og planer er det ofte vanskeligt, at få møderne afholdt og have de rigtige personer med. Derfor går projektet ud på at finde de små greb, som kommunerne kan bruge for at sikre

- 1) At de relevante tværasektorielle netværksmøder afholdes
- 2) At der er de relevante personer med på de enkelte møder

Derfor arbejdes der med konkrete indsatser:

- Kontaktlister til relevante kontaktpersoner på tværs af kommune og psykiatri
- Nøglepersoner og ambassadører, som faciliterer møder
- Fælles undervisning
- Fælles aftalte arbejds gange



– Din trygge overgang til hverdagen i Ishøj Kommune

Hvad er “Kom godt hjem”?

“Kom godt hjem” er et tilbud til dig, der er på vej til at blive udskrevet efter en længerevarende indlæggelse på psykiatrisk center. Vi vil sikre, at du får den rette støtte, så du føler dig tryk, når du skal tilbage til hverdagen i Ishøj Kommune.

Tidlig hjælp:

Allerede 1-2 uger efter din indlæggelse, vil Psykiatrisk Center kontakte Ishøj Kommune. Vi vil finde ud af, hvordan vi bedst kan støtte dig, når du skal udskrives.



– Din trygge overgang til hverdagen i Ishøj Kommune

Hvad er “Kom godt hjem”?

“Kom godt hjem” er et tilbud til dig, der er på vej til at blive udskrevet efter en længerevarende indlæggelse på psykiatrisk center. Vi vil sikre, at du får den rette støtte, så du føler dig tryk, når du skal tilbage til hverdagen i Ishøj Kommune.

Tidlig hjælp:

Allerede 1-2 uger efter din indlæggelse, vil Psykiatrisk Center kontakte Ishøj Kommune. Vi vil finde ud af, hvordan vi bedst kan støtte dig, når du skal udskrives.



Møde om din støtte:

Når udskrivelsen nærmer sig, vil vi sammen finde ud af, hvilke instanser der kan hjælpe dig.

Det kan fx være:

- Jobcenteret, hvis du har lyst til at komme tilbage på arbejdsmarkedet?
- Rusmiddelcenteret, hvis du har brug for støtte i forhold til rusmiddelproblemer?
- Vejlederforløb, hvis du har brug for personlig vejledning og støtte til at finde ro og komme godt i gang med hverdagen?
- Børne-Familieafdelingen, hvis du har børn der skal have hjælp?
- Hjemmeplejen, hvis du har behov for personlig pleje eller praktisk hjælp
- Der kan være mange muligheder, og vi finder ud af, hvad der passer bedst til dig.

Skræddersyet hjælp til dig:

Formålet er, at vi sammen finder den støtte, der gør, at du føler dig tryk og klar til at komme hjem og tilbage til hverdagen.

Hvad betyder det for dig?

Vi ønsker, at du føler dig godt grebet og har den støtte, du behøver, når du skal tilbage til din hverdag. Derfor vil du blive bedt om at besvare et kort spørgeskema, hvor du kan give feedback på, hvordan du har oplevet samarbejdet mellem Ishøj Kommune og psykiatrien, og om du føler dig godt støttet.

Hvorfor er det vigtigt?

At få den rette støtte, når du skal tilbage til hverdagen, er afgørende for, at du kan trives og få det bedre. Når vi arbejder tæt sammen på tværs af forskellige instanser, kan vi hjælpe dig på en måde, der passer til dine behov, så du kan komme videre og få et godt liv i Ishøj Kommune.



Møde om din støtte:

Når udskrivelsen nærmer sig, vil vi sammen finde ud af, hvilke instanser der kan hjælpe dig.

Det kan fx være:

- Jobcenteret, hvis du har lyst til at komme tilbage på arbejdsmarkedet?
- Rusmiddelcenteret, hvis du har brug for støtte i forhold til rusmiddelproblemer?
- Vejlederforløb, hvis du har brug for personlig vejledning og støtte til at finde ro og komme godt i gang med hverdagen?
- Børne-Familieafdelingen, hvis du har børn der skal have hjælp?
- Hjemmeplejen, hvis du har behov for personlig pleje eller praktisk hjælp
- Der kan være mange muligheder, og vi finder ud af, hvad der passer bedst til dig.

Skræddersyet hjælp til dig:

Formålet er, at vi sammen finder den støtte, der gør, at du føler dig tryk og klar til at komme hjem og tilbage til hverdagen.

Hvad betyder det for dig?

Vi ønsker, at du føler dig godt grebet og har den støtte, du behøver, når du skal tilbage til din hverdag. Derfor vil du blive bedt om at besvare et kort spørgeskema, hvor du kan give feedback på, hvordan du har oplevet samarbejdet mellem Ishøj Kommune og psykiatrien, og om du føler dig godt støttet.

Hvorfor er det vigtigt?

At få den rette støtte, når du skal tilbage til hverdagen, er afgørende for, at du kan trives og få det bedre. Når vi arbejder tæt sammen på tværs af forskellige instanser, kan vi hjælpe dig på en måde, der passer til dine behov, så du kan komme videre og få et godt liv i Ishøj Kommune.