



NOTAT

21-03-2022

EMN-2017-00946

1535094

Robert Ladefoged

Referat for mødet i styregruppen for LKT d. 16. marts 2022 kl. 15-16.30

Mødet blev afholdt over video.

Deltagere

- Erik Jylling, Danske Regioner
- Jens Ravnholt, Region Nordjylland
- Mariane Therkelsen, Region Nordjylland
- Anne Gammelgaard, Region Midtjylland (i stedet for Mette Kjølby, som har erstattet Ole Thomsen)
- Karina Jensen, Region Sjælland
- Nadja Ausker, Region Hovedstaden
- Nynne Dreyer Nies, Region Hovedstaden
- Lise Holten, KL
- Henrik Øregaard Dam, PLO
- Jens Winther Jensen, RKKP
- Lena Graversen, Styrelsen for patientsikkerhed
- Britta Tendal Jeppesen, Sundhedsstyrelsen
- Bjarne Dahler-Eriksen, Region Syddanmark
- Julie Bangsbo Myrup, Sundhedsministeriet
- Jeanette Rokbol, Middelfart Kommune
- Lisbeth Høeg-Jensen, Kræftens Bekæmpelse (på vegne af Danske Patienter)
- Mads Haugaard, Region Syddanmark
- Kirsten Hansen, Danske Regioner
- Robert Ladefoged, Danske Regioner
- Emilie Sophie Frank, Danske Regioner

1. Drøftelse af evaluering af indstillingsproces

Indstilling:

- At styregruppen kommenterer og drøfter evalueringens resultater.

Sagsfremstilling

Der er blevet sendt en evaluering ud til alle de parter, som i den seneste runde blev inviteret til at indstille et LKT. Regionerne samt styrelser og organisationer har haft mulighed for at sende skriftlige bemærkninger. Danske Regioner har holdt møder med KL og RKKP om evalueringen. I det udsendte skriftlige materiale og i samtalerne med KL og RKKP har sekretariatet i Danske Regioner udover en overordnet vurdering af indstillingsprocessen spurgt ind til emner, som forventes at have haft betydning i indstillingsprocessen, herunder tid/travlhed, usikkerhed og kriterierne for at indstille. Evalueringen er vedlagt som bilag og herunder er opsummeret nogle af de centrale indsigter fra evalueringen.

Usikkerhed

Der er blandede tilbagemeldinger på, hvor godt de indstillende aktører følte sig klædt på til at udfylde indstillingsskemaet. Tvivlen har i mindre grad gået på, hvordan skemaet skulle udfyldes, og hvorvidt LKT-metoden ville passe til det projekt, man havde i tankerne og mere på, hvad det indebærer at indstille et LKT. Det handler både om inddragelse af tværsektorielle samarbejdspartnere og håndtering af data. Det har heller ikke stået helt klart, hvem der havde det efterfølgende ansvar for et LKT, såfremt det blev valgt, ligesom det var kilde til usikkerhed, at lokale projekter kunne bygge på både forskning og forbedring, som er to forskellige ting.

Kriterier

I dag er der et krav om, at indstillinger skal bygge på lokale (succesfulde) projekter. I indstillingsrunden gangen før var dette ikke tilfældet, hvorfor der indgik mange overfladiskbeskrevne emner, og at forberedelsesfasen fra indstilling til færdig projektbeskrivelse derfor tog lang tid. Der er derfor også en bred forståelse for det nye krav. Samtidig er det endog meget afgrænsende for både Sygehuse og især organisationer og styrelser muligheder for at indstille emner.

Kravet om data er ikke nyt. Der er dog flere, der kommenterer, at kravet begrænser muligheden for at indstille emner vedrørende patientgrupper, hvortil der ikke er tilknyttet en klinisk database. De fleste regioner har desuden oplevet det udfordrende at udforme tværsektorielle indstillinger, da det er svært at finde både egnede projekter samt kommuner, som vil være medindstillere.

Forslag/anbefalinger

I evalueringen er især udtrykt et ønske om øget fokus på, hvordan man kan arbejde med at forberede eller modne potentielle forslag til emner. Fx kan der tænkes i pilotprojekter på sygehuse eller i en region, som efterfølgende kan opskaleres til et nationalt LKT-projekt. Kravene om, at indstillinger skal bygge på data og forudgående lokale projekter, har gjort, at det er blevet sværere at indstille – som forventet. I forlængelse af ovenstående kunne en løsning være, at der startes lokale pilotprojekter op, der senere kan skaleres til nationale LKT'er samt skabe et fundament for dataindsamling på området.

Der er også ønsker om generelt mere videndeling på tværs af organisationer, så der er et større indblik i og viden om andre organisationers indledende ideer til LKT-emner. Herunder også mere vidensdeling og central understøttelse ift. hvilken data der eksisterer og alternativt hvordan denne kan tilvejebringes.

Bilag

- Bilag 1 Evaluering af indstillingsproces

Referat

Der var enighed i styregruppen om, at man med de seneste ændrede krav for indstillinger til et LKT er på rette spor. Det er en fordel, at vurderingsgruppen modtager få, men veludarbejdede ansøgninger, og der er enighed i gruppen om, at LKT ikke er eller skal være et værktøj til alle slags projekter. Det specifikke krav om et lokalt succesfuldt projekt er - på trods af de begrænsninger, som det også sætter – en fordel, og styregruppen var derfor enige om at beholde kravet.

Styregruppen drøftede kravene om data, og der var enighed om, at data er selve grundlaget for at vurdere, om en forbedring finder sted. Der skal derfor heller ikke ændres i kravet til data.

Der var enighed i styregruppen om, at der ligger et potentiale i at arbejde med LKT'er i de nye sundhedsklynger, og gruppen er optimistisk omkring, at klyngerne vil være et naturligt afsæt for tværsektorielle indstillinger og pilotprojekter, som kan føde ind i fremtidige LKT-projekter. Styregruppen var optimistisk ift., at nogle projekter i regi af det Nationale Ledelsesprogram på sigt kan løftes op til LKT'er. Styregruppen var enige om at ophænge til sundhedsklyngerne konkretiseres, når klyngestrukturen er endeligt etableret efter sommerferien.

Der var i drøftelsen bemærkninger om, at travlhed også har spillet en rolle, som evalueringen viser. Derudover var der et forslag om i højere grad at inddrage videnskabeligt litteratur i udvælgelsen af indstillinger, som evt. kan være guidende ift. at vælge projekter, som har størst sandsynlighed for at lykkes.

2. Drøftelse af næste indstillingsproces

Indstilling:

- At styregruppen drøfter, hvordan indstillingsprocessen kan se ud fremover, herunder hvordan man evt. kan tænke sundhedsklyngerne ind i indstillingsprocessen.

Sagsfremstilling

På baggrund af de centrale indsigter fra evalueringen af indstillingsprocessen, lægges her op til en drøftelse af, hvordan indstillingsprocessen kan se ud fremover. På baggrund af de input, der kommer under denne drøftelse, går sekretariatet i Danske Regioner og tovholdergruppen videre med at skitsere mulige veje for næste indstillingsrunde. Sekretariatet og tovholdergruppen anbefaler, at der tages en beslutning på næste styregruppemøde 24. august. På dette tidspunkt vil de nye sundhedsklynger også være etablerede, så der vil være et mere klart billede af, hvordan ophængen til sundhedsklyngerne konkret kan se ud. Hvorvidt og hvordan et eventuelt ophæng til klynger samt øget fokus på modning af potentielle LKT-emner kan tænkes ind, er kort skitseret herunder.

Ophæng til klynger

Evalueringen viser, at det har været svært at sikre indstillinger fra kommunerne. Regionerne har også oplevet, at det har været udfordrende at udforme tværsektorielle indstillinger. I Afrapportering til styregruppen for LKT fra arbejdsgruppen for bedre koordinering og samarbejde med kommuner og almen praksis i LKT-arbejdet foreslog arbejdsgruppen tilbage i 2020, at indstillinger af tværsektorielle LKT'er kan ske gennem sundhedsklyngerne (har forskellige navne pt fx samordningsfora), der er etableret under sundhedsaftalerne.

Arbejdsgruppen vurderede, at sundhedsklyngerne vil være et oplagt forum til at finde emner, der egner sig til et tværsektorielt LKT, og som alle sektorer vil være motiverede for at løse. KL giver i evalueringen udtryk for, at sundhedsklyngerne vil være oplagt for at sikre kommunalt ejerskab, motivation og overblik ift. LKT-indstillinger.

En model kunne være, at det er de administrative lag under hver SUU (tidligere SKU) der får ansvar for løbende at være i dialog med de tilhørende sundhedsklynger om hvilke lokale projekter, der kan løftes til nationalt LKT. Dette ville skabe en ramme for at få indstillet tværsektorielle emner, ligesom det sandsynligvis også vil kunne give en opmærksomhed og kanal for rent kommunale projekter. Denne model sikrer dog kun input fra regioner og kommuner. I dag kan relevante styrelser, LVS, RKKP, Danske Patienter m.fl. også indstille emner til LKT. Man kunne derfor forstille sig klyngerne

som blot endnu en part blandt flere, som har mulighed for at indstille LKT'er.

Modning af potentielle LKT-områder og vidensdeling

I evalueringen fortalte flere, at de valgte ikke at indstille vigtige problemstillinger, da de ikke havde en konkret løsning på udfordringen – ligesom der på vurderingsgruppen var en anerkendelse af, at flere af de afviste indstillinger udgjorde vigtige problemstillinger, men at fundamentet for et nationalt LKT ikke var på plads. En mulig løsning kunne være fra regional eller national side at yde støtte til at finde frem til data og evidens på området og evt. indsnævre emnet, så det egner sig til et LKT. En anden mulig løsning er den ovenfor skitserede idé med at igangsætte lokale pilotprojekter mhp. skalering og etablering af data på områder, hvor disse forudsætninger mangler. Herudover kunne en mere 'centralt' styret proces arbejde med igennem flere kanaler at få input til, hvor der er et behov for et LKT. Det kan fx være RKKP-data, der viser variation i kvalitet på landsplan eller mangelfuld efterlevelse af en retningslinje. På baggrund heraf kan så udvælges en sundhedsklynge/region, der har til opgave at lave et mini-pilot-LKT, som efterfølgende kan udbredes nationalt.

Referat

Drøftelsen blev taget under punkt 2. Der var opbakning til at tænke de kommende sundhedsklynger ind i indstillingsprocessen.

3. Finansiering af kommunal medprojektleder

Indstilling:

- At styregruppen godkender, at en kommunal medtovholder frikøbes med midler fra de 10 mio. kr., som regionerne modtager til drift af LKT. Udgifterne svarer til et halvt årsværk i 2,5 år dvs. kr. 720.000 (alt inklusiv) pr. hele år (1,8 millioner for 2,5 år). Midlerne indsamles fra regionerne ud fra bloktilskudsnøglen.
- At styregruppen drøfter, om fordeling af centrale midler på længere sigt skal gøres mere ligeværdig mellem regioner og kommuner.

Sagsfremstilling

Baggrund

Styregruppen for LKT har i december 2021 valgt "Tværsektorielle patientforløb for +65-årige med hoftenære lårbensbrud" som tema for det næste LKT. Indstillingen bygger på et lokalt succesfuldt projekt Kom Trygt hjem, der er udført i samarbejde mellem Sygehus Lillebælt og bl.a. Fredericia kommune. Det kommende LKT vil være med stor kommunal involvering. LKT'er bliver derfor også en slags prøvehandling eller pilotprojekt for, hvordan fremtidige tværsektorielle LKT'er kan organiseres.

Tværsektoriel projektledelse

Som det fremgår af Region Syddanmarks indstilling til LKT'et, vil kommunerne være de primære aktører i dette LKT. Hospitaler/regioner deltager i delmål og indsatser, hvor deres aktier i et tværsektorielt patientforløb kræver dette, men en forudsætning for succes med dette LKT vedr. tværsektorielle patientforløb er et stort kommunalt engagement.

Region Syddanmark og KL har på møde i februar opnået enighed omkring ambitionen omkring ligestilling i projektet. Konkret foreslås nedenstående tværsektorielle organisering af LKT'et. Forslaget bygger på anbefalingerne fra den tværsektorielle arbejdsgruppe om øget samarbejde om LKT fra 2020.

Organisering af LKT'et:

- En ekspertgruppe med ligestillet repræsentation fra hhv. kommunal som regional side.
- Et delt formandskab for ekspertgruppen mellem 2 relevante repræsentanter fra hhv. et sygehus og en kommune
- En delt tovholderfunktion så den regionale tovholder suppleres af et ½ årsværk fra kommunal side med relevant viden og perspektiv.

For at understøtte det tværsektorielle ejerskab og sikre et tilstrækkeligt vidensgrundlag er der i indstillingen til LKT'et en anbefaling om at dele projektledelse mellem en regional og en kommunal repræsentant. På styregruppemødet i december blev det besluttet, at Region Syddanmark og KL skulle forsøge at finde en kommunal med-tovholder. Parterne har drøftet forskellige praktiske modeller, der potentielt kan tages i brug for at opnå dette, eksempelvis gennem kommunal tovholder (½ års værk) med forankring i hhv. KL og en relevant kommunal driftsorganisation.

Finansiering af delt tovholderfunktion

I forbindelse med at regeringen, KL og Danske Regioner etablerede det nationale kvalitetsprogram, blev der afsat 10 mio. kr. årligt til at igangsætte og drive LKT'er. Midlerne bruges til central koordinering/projektledelse, afholdelse af ledelses- og læringsseminarer og understøttelse af ekspertgrupperne m.v. Midlerne anvendes ikke til at frikøbe klinikernes tid ind i LKT.

Med den aftalte fordeling er det alene regionerne, som har fået del i midlerne, og de fordeles mellem regionerne efter bloktilskudsnøglen. Med kommunernes aktive deltagelse i LKT-projekterne giver denne fordeling en ubalance, og der vil derfor være behov for en principiel drøftelse af, om fordeling af de 10 mio. kr. bør være mere ligestillet mellem regional og kommunal side.

Den tidligere omtalte tværsektorielle arbejdsgruppe om øget samarbejde anbefalede fx, at de 10 mio. kr. i et vist omfang kunne fordeles ud fra, hvem der har den nationale tovholderfunktion for de enkelte LKT'er – den/de der

har tovholderfunktionen, bærer så også udgifterne ifm. fx afholdelse af lærings- og ledelsesseminarer m.v. for det enkelte LKT. Der lægges ikke op til, at styregruppen på dette styregruppemøde tager stilling til, hvordan fordelingen generelt bør være i fremtiden.

Der er dog behov for en konkret løsning i forhold til LKT for Tværsektorielle patientforløb for +65-årige med hoftenære lårbensbrud. Det foreslås derfor, at den kommunale tovholder til dette projekt finansieres af de 10 mio. kr., som regionerne har fået tildelt. Det vil konkret betyde finansiering af 50 pct. af et årsværk fra 1. august 2022 til 31. december 2024 - arbejdsbyrden må forventes i nogle perioder at ligge en del under og i andre perioder en del over de 50 pct. Fastlæggelse af prisen for et halvt årsværk foreslås baseret på gennemsnitslønnen på en kommunalansat chefkonsulent, dvs. 50% af kr. 720.000 (alt inklusiv) om året. Udgiften foreslås indsamlet fra regionerne ud fra bloktilskudsnøglen, da de 10 mio. kr. til at drive LKT også er lagt ud til regionerne ud fra bloktilskudsnøglen. Der lægges op til, at den konkrete finansieringsmodel udelukkende gælder dette LKT og ikke vil danne præcedens.

Bilag

- Bilag 2 Afrapportering til styregruppen for LKT fra arbejdsgruppen for bedre koordinering og samarbejde med kommuner og almen praksis i LKT-arbejdet

Referat

Erik Jylling bemærkede indledende, at der er en fejl i indstilling 1: den samlede udgift for programmet for compensation af en kommunal medtovholder er beregnet til 900.000 kr. for 2,5 år. Dvs. 50 % af et årsværk på 720.000 gange 2,5. I indstillingen ser det ud til, at kommunerne skal stille med et helt årsværk om året – men det er kun et halvt.

Mads Haugaard introducerede herefter punktet og understregede, at forslaget om en kommunal medtovholder knytter sig til det konkrete LKT. Styregruppen godkendte indstillingen om, at en kommunal medtovholder frikøbes af de midler, som regionerne modtager til drift af LKT.

Indledende til den principielle drøftelse om fordeling af midler bemærkede Erik Jylling, at udgangspunktet fra start har været et tværsektorielt program., Da de første LKT'er har været regionale – bl.a. fordi regionerne har været førende på datadelen - har det givet mening, at pengene også lå hos regionerne. Det giver nu mening stille og roligt at ændre på dette i takt med, at kommunerne kommer med i flere LKT'er. Styregruppen drøftede sagen med følgende bemærkninger:

- Sideløbende med det øgede fokus på tværsektorielle projekter er det vigtigt også at holde fast i muligheden for monosektorielle LKT'er.

- Der blev spurgt ind til, om programmet også skal kunne håndtere rent kommunale LKT'er, og hvor meget det tværsektorielle forventes at fylde fremover. Erik bemærkede, at det er et mål at se mere på samlede patientforløb, og at det principielt skal kunne være muligt med rent kommunale projekter, og at disse skal leve op til de samme krav som andre indstillinger.
- At LKT stadig opleves som noget 'nyt' ude i kommunerne.
- At det går fremad med at skaffe kommunale data, men at kommunalt og regionalt data ofte er meget forskelligt, da kommunalt data generelt ikke er hængt op på diagnosekoder. Det afgørende er, at dataene kan bruges til at følge en udvikling/forbedring – også efter endt LKT.

Styregruppen var enige om at en principiel beslutning om en eventuel ændring af fordelingen af midlerne tages senere, evt. efter erfaringer fra flere tværsektorielle projekter.

4. Orientering om første afrapportering for LKT Tvang (Region Nordjylland)

Indstilling:

- at Styregruppen for Lærings- og Kvalitetsteams tager orienteringen til efterretning.

Sagsfremstilling

På mødet den 5. maj 2021 blev projektbeskrivelsen for LKT Tvang godkendt af styregruppen. Derefter er der nedsat lokale tværsektorielle teams i hhv. voksenpsykiatrien og børne- og ungepsykiatrien. Projektledelsen ligger hos Region Nordjylland. Vedlagt er første afrapportering for LKT Tvang i psykiatrien.

Data

I denne første afrapportering er det relevant at analysere og fortolke baselinedata til læring og brug i de lokale forbedringsteams. For Region Syddanmark, Midtjylland og Nordjylland er data helt eller delvist visualiseret i seriediagrammer ved indtastning i en national dataskabelon. Variationen i diagrammerne er selvfølgelig forskellig, men generelt er det vigtigt at pointere, at der for nogle teams og i begge spor opleves markant stigning i tvangsendlæggelser og -hændelser samt i udskrivningsaftaler og koordinationsplaner i slutningen af baselineperioden (2018-2020) og ind i 2021. Det er relevant, at der tages højde for dette niveauskifte i en senere evaluering, da det giver et andet udgangspunkt ved projektstart, end der sammenlignes med som baselineperiode.

Region Hovedstaden og Sjælland oplever udfordringer med at trække det nødvendige data fra diverse systemer, hvorfor der ikke indgår data herfra i afrapporteringen. De to regioner samarbejder for at finde en løsning herpå, og der forventes baselinedata i marts 2022. Generelt i de fleste teams har

der været udfordringer i forhold til datatræk fra de forskellige systemer, og tilladelser til at sammenkøre data, hvilket kan ses af tilbagemeldingerne fra de lokale teams. Der er tiltro til at de største dataudfordringer vil være løst inden for kort tid.

GDPR-lovgivningen har givet udfordringer i forhold til at dele oplysninger mellem region og kommune. Det har to konsekvenser. Den første er, at tvangs- og magtdata indtastes i hver sin skabelon. Derefter udskrives PDF-dokumenter af diagrammerne, så der ikke sendes personhenførbare oplysninger på tværs af sektorer. Den anden konsekvens er, at indikator F3 og F4 er blevet ændret en smule. Indikatorerne beskriver, at magtanvendelse i kommunen skal afgrænses til personer, der har et aktivt ambulært forløb i psykiatrien. For at undgå CPR-udveksling undlades denne afgrænsning.

LKT-sekretariatet har desuden været udfordret i forhold til at levere den skabelon, som de enkelte teams har skullet indtaste data i. Det har medført, at de enkelte teams ikke har haft så lang tid til at analysere data i seriediagrammer. Derudover har nogle regioner oplevet fejl i dataskabelonen ved beregning af unikke patienter. Det skyldes, at skabelonen ikke fungerer optimalt i Microsoft Office versioner før 365. Det er ved at blive afklaret, og en løsning vil blive fundet.

Fremdrift og de største barrierer

Første ledelses- og læringsseminar blev afholdt den 30. november til 1. december 2021 på Comwell i Kolding. På trods af situationen med en stigende covid-19 smitte var der stort fremmøde, og der var spændende oplæg og en god energi hos deltagerne. Hovedparten af deltagerne var dog fra regionernes psykiatri. Der skal fremadrettet mere fokus på tværsektoriel deltagelse samt endnu flere patient- og pårørenderepræsentanter (selvom der heldigvis var flere med). Det tværsektorielle fokus skal også skinne tydeligere frem i programmet til de næste seminarer. Der er nedsat både voksen-team og børne- og ungeteam i alle fem regioner – og der er et generelt indtryk af et stort engagement i de enkelte teams.

De største udfordringer er målgruppeafklaring og efterfølgende sikring af den tværsektorielle deltagelse og ejerskab. Det har været og er fortsat en stor udfordring for de lokale teams at få dannet tværsektorielle teams. Derudover er der endnu ikke sikret patient- og pårørenderepræsentation i alle teams. Det er vigtigt at have stor opmærksomhed på de ikke-regionale teammedlemmer, så der skabes delt ejerskab og projektet opnår mest mulig succes.

Herudover har LKT Tvang været igangsat i en tid med omfattende covid-19 smitte. Udover at der har været pres på arbejdspladserne, har der også været en del af personalet, der har været smittet eller i isolation. Derudover

har fysiske møder ofte været erstattet af virtuelle med de ulemper det kan give i et nyt team i forhold til mulighederne for at komme tæt på hinanden.

Samlet vurdering

Generelt vurderer LKT sekretariatet i Region Nordjylland, at den samlede vurdering af projektet er god – selvom der også er udfordringer. Det gælder særligt på to områder, henholdsvis teamsammensætning og data. Der er som tidligere skrevet tiltro til, at de største dataudfordringer vil være løst inden længe. I forbindelse med teamsammensætningen er flere teams udfordret i forhold til at få den rette medlemssammensætning (kommunal, peers mm.). Her skal der være særlig opmærksomhed på det tværsektorielle perspektiv og ikke en skævvridning mod det regionale perspektiv, som let kan ske.

Bilag:

- Bilag 3 Første afrapportering - LKT Tvang i psykiatrien

Referat

Jens Ravnholt fra Region Nordjylland præsenterede punktet suppleret af Mariane Therkelsen, og styregruppen tog orienteringen til efterretning. Der blev spurgt ind til, om der planlægges en særlig indsats for at få flere kommunale repræsentanter med på de næste seminarer. Jens Ravnholt svarede, at der ikke umiddelbart lægges op til en særlig indsats, men at der forventes en stærkere kommunal forankring fremover.

Udfordringerne vedr. GDPR blev kort drøftet. Det blev understreget, at GDPR fx ikke er et problem i de kliniske kvalitetsdatabaser. Jens Ravnholt uddybede, at udfordringerne opstår i tværsektorielle udveksling af personhenførbare data.

5. Opfølgning på afsluttede LKT'er (Region Midtjylland)

Indstilling:

- at styregruppen drøfter forslaget vedr. styregruppens rolle i opfølgning af nationale LKT'er efter afslutning.
- at styregruppen beslutter om modellen skal gælde for kommende afsluttede LKT'er.

Sagsfremstilling

Tovholdergruppen er blevet bedt om at udarbejde et forslag til, hvordan der kan følges op nationalt efter et LKT er afsluttet. Formålet er at fastholde en national efterspørgsel og dermed 1) støtte at resultaterne fra pågældende LKT fastholdes eller 2) at der arbejdes videre med området, såfremt målene ikke er nået i tilfredsstillende grad.

Baggrund

Der er tidligere truffet beslutning om, at lead-region afrapporterer til LKT-Styregruppen to gange årligt i projektperioden. Derudover skal LKT-styregruppen modtage en afrapportering ca. 6 måneder før afslutning af et LKT og på baggrund af denne vurdere, hvorvidt LKT'et skal afsluttes planmæssigt eller om LKT'et vil kunne nå en målopfyldelse ved en (kort) forlænget projektperiode. Efter endt projektperiode modtager styregruppen en afsluttende rapport der indeholder dels data og dels en mindre kvalitativ vurdering fra de deltagende teams.

Forslag om mulighed for afrapportering 1 år efter afslutning

Tovholdergruppens forslag til opfølgning på afsluttede LKT'er er, at styregruppen, når de drøfter den afsluttende afrapportering, vurderer om der er behov for en yderligere afrapportering af data et år efter afslutning evt. suppleret med et kort spørgeskema, hvor der spørges ind til den lokale regionale fastholdelse og forankring.

Lead regionen står for indsamlingen af data. Omfang drøftes og beslutes i samråd med den samlede tovholdergruppe.

Proces for afrapportering inkl. nyt forslag om afrapportering efter afslutning:



Referat

Oplægget blev taget til efterretning, og styregruppen besluttede, at såfremt andet ikke besluttes i forbindelse med konkrete LKT'er, så genbesøges resultaterne efter 1 år. Styregruppen havde følgende yderligere bemærkninger:

- Fastholdelse af resultater er en relevant og kendt problemstilling, som taler ind i arbejdet med robuste forbedringer.
- Det bør overvejes, hvordan styregruppen skal bruge den ny viden til – skal der sættes tiltag i værk, hvis forbedringerne ikke er så robuste, som vi havde ønsket eller forventet?
- Det er også relevant at arbejde med, hvordan de involverede personer i et forbedringsprojekt har mulighed for at følge forbedringerne efter et projekt er afsluttet.
- Det er vigtigt, at man ved opstart at et LKT afklarer, hvordan man vil sikre en efterfølgende drift, der fastholder forbedringer.

6. Afrapportering på LKT børnediabetes (Hovedstaden)

Indstilling:

- At styregruppen tager afrapporteringen til orientering og
- At styregruppen godkender, at LKT Børnediabetes afsluttes som planlagt i efteråret 2022

Sagsfremstilling

LKT Børnediabetes havde Kick-off 5.-6. marts 2020 på kanten af Corona-pandemien og den første store nedlukning i Danmark. LKT Børnediabetes har bredt set efterfølgende været udfordret af Corona-bølger, sygeplejerskekonflikten, RS-virus udbrud og for nogle også konkurrerende projekter. På trods af nævnte udfordringer har der, særligt efter 2. læringsseminar i september 2021 hvor vi efter 1 ½ år var samlet fysisk igen, været stor motivation og energi i projektet.

Data i LKT Børnediabetes hentes i regionernes elektroniske patientjournaler og vi kan nu præsentere data for samtlige regioner for indikatorerne vedr. Hba1c og BMI. For flere regioner ses nu forbedringer for enkelte indikatorer. For indikatoren vedr. WHO-5 er det alene Region Nordjylland og Region Midtjylland, der kan levere data.

Alle regioner og teams er fortsat fuldt engagerede i projektet og i at forbedre diabetesbehandlingen for børn med type 1 diabetes i Danmark. LKT Børnediabetes samles til sidste ledelses-og læringsseminar den 16. juni 2022.

Afslutning af LKT Børnediabetes

Et halvt år før et LKT afsluttes træffer Styregruppen beslutning om, hvorvidt LKT'et skal afsluttes planmæssigt eller forlænges. Efter planen skal LKT Børnediabetes afsluttes efter 8. nationale webinar den 22. september 2022. Data viser, at der er gode takter i forhold til særligt de 13-17-årige, men det er dog sandsynligt, at LKT Børnediabetes ikke kommer i mål på samtlige indikatorer ved projektets afslutning. Målene i LKT Børnediabetes ligger dog i fin tråd med indikatorer i den nye samlede RKKP diabetesdatabase, hvorfor der bibeholdes et fokus på målene og udviklingen indenfor området. Dertil har flere regioner allerede nu planer om at fortsætte projektet lokalt og regionalt efter september 2022. LKT Børnediabetes er desuden, med styregruppens accept, allerede forlænget ca. 7 måneder på grund af Corona-pandemien. Den nationale projektledelse i Region Hovedstaden og Ekspertgruppen for LKT Børnediabetes ser derfor ingen tungtvejende årsager til at forlænge LKT Børnediabetes og anbefaler at det nationale LKT Børnediabetes projekt stopper som planlagt.

Bilag

- Bilag 4: Hele landet
- Bilag 5: Region Hovedstaden
- Bilag 6: Region Midtjylland
- Bilag 7: Region Nordjylland
- Bilag 8: Region Sjælland
- Bilag 9: Region Syddanmark
- Bilag 10: Afrapportering for LKT Børnediabetes marts 2022

Referat

Styregruppen tog afrapporteringen til orientering og godkendte den planlagte afslutning. Der var ros og lykønskninger fra styregruppen på baggrund af resultaterne.

7. Eventuelt