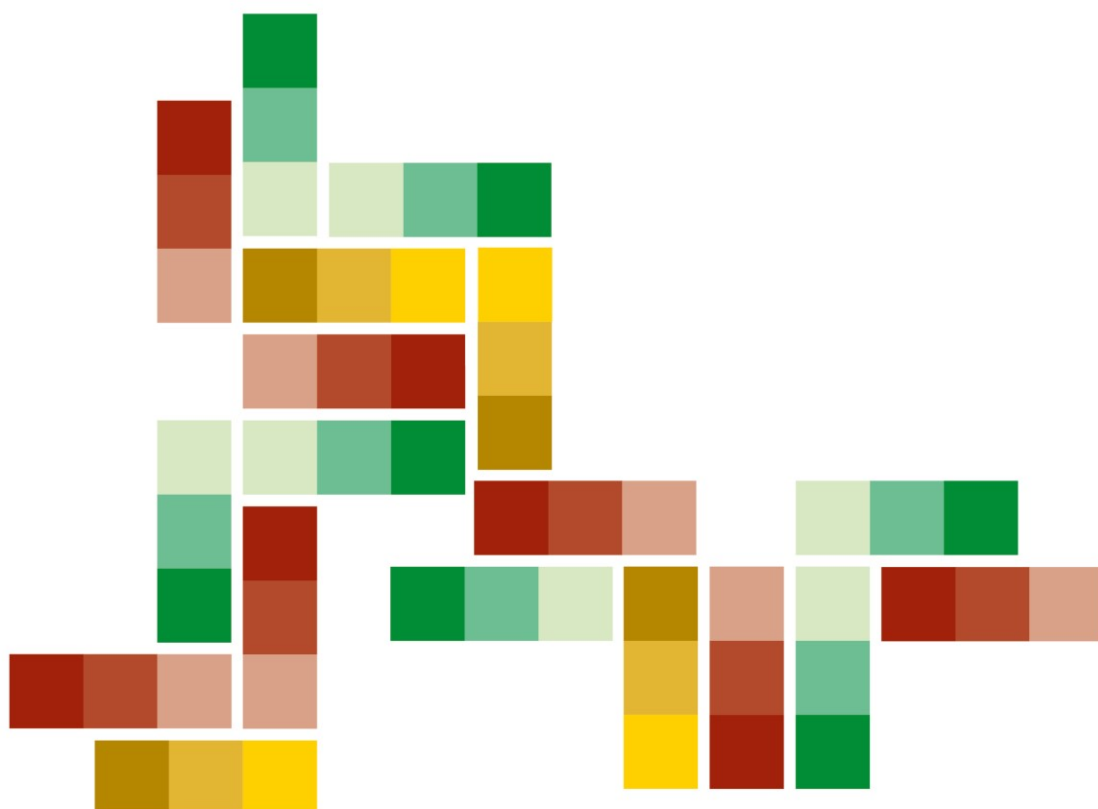


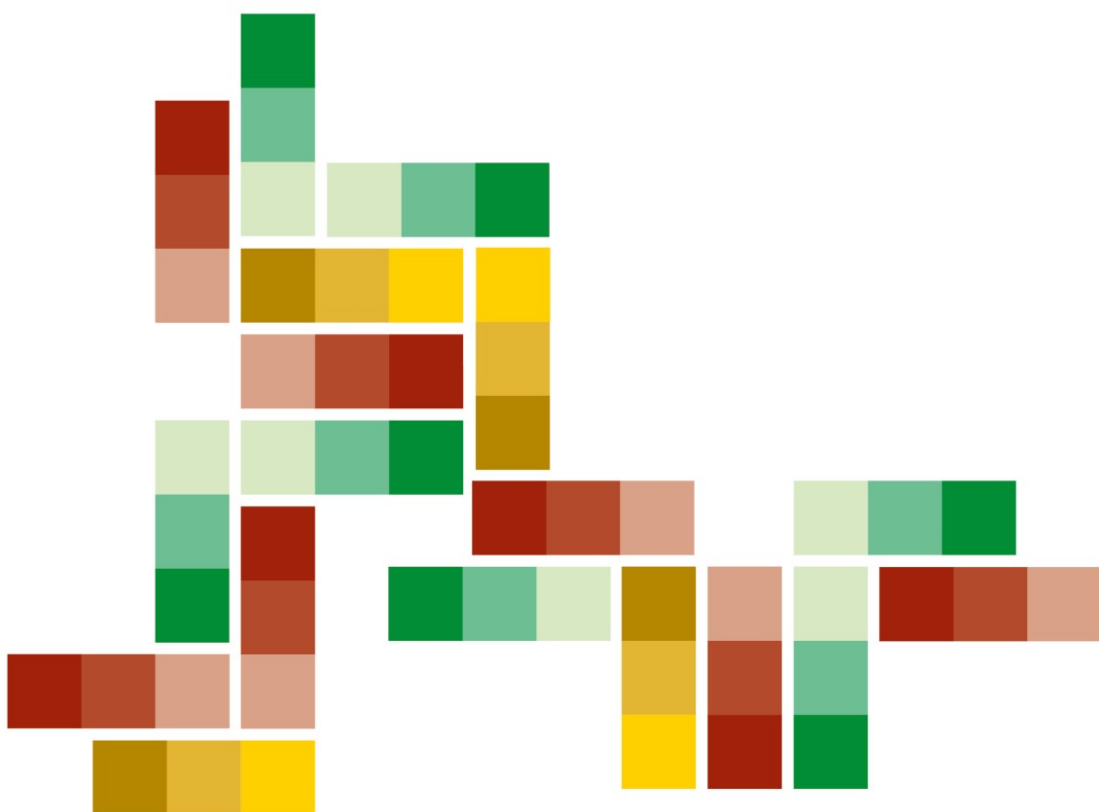
Sundhedsaftalen

Region Hovedstaden, kommunerne og almen praksis



Projektbeskrivelse: Udbredelse og efterlevelse af afklaring af behandlingsniveau blandt borgere på plejecenter

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?	5
Beskrivelse af den overordnede løsning	5
Leverancer	6
Rammer, afgrænsninger og afhængigheder	6
Hvordan?	8
Projektplan og hovedmilepæle	8
Projektorganisationen	9
Nøgleinteressenter og kommunikation	10
Risici	11
Appendiks	12

Version: 1
Udformet af:
Senest opdateret: 23. maj 2025



SUNDHEDSAFTALEN
Region Hovedstaden, kommunerne og almen praksis

Side 2

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: Udbredelse og efterlevelse af afklaring af behandlingsniveau blandt borgere på plejecentre. Projektet danner grundlag for beslutning om efterfølgende udbredelse til og idriftsættelse på de øvrige plejecentre.

Formål og ambition

Borgere på plejecentre er blandt de mest skrøbelige mennesker. En del af dem tåler dårligt ophold på hospitaler og flere har et funktionsniveau, hvor de oplever, at behandling på hospital er for belastende. Der er en række gode alternativer til ophold på hospitaler, der kan blive iværksat på plejecentre, ligesom der også er mulighed for at overgå til lindrende behandling. Undersøgelser¹ viser, at det for både borger og pårørende kan lindre og bidrage med ro og afklaring at tale om, hvordan livet kan leves så godt som muligt i den sidste tid. Borgere på plejecentre kan med fordel aktivt træffe beslutninger om ønske til deres behandlingsniveau, herunder at fastsætte en overordnet grænse for, hvilke behandlinger der skal tilbydes i tilfælde af forværring af almentilstand. Det forventes, at dette kan bidrage til at undgå uhensigtsmæssige akutte indlæggelser.

¹ [Klinisk vejledning om Den ældre skrøbelige borger](#) (der refereres til undersøgelserne i vejledningen)



Formål

Formålet med projektet er at afprøve, om en tydeligere ramme for afklaring af behandlingsniveau blandt borgere på plejecentre kan medvirke til, at der dels for relevante borgere sker afklaring af behandlingsniveau. Dels at dette bliver respekteret af sundhedspersonale på tværs af sektorer og det bliver afdækket, hvilke informationer, der er behov for at kunne dele digitalt. Desuden at ønske om behandlingsniveauer bliver omsat til konkrete og handlingsanvisende behandlingsplaner.

Vision

Visionen med projektet er, at borgerne herved får det bedst mulige forløb ved forværring af almentilstand eller sygdomstilstand samt undgår uønskede og dermed unødvendige ophold på akutmodtagelserne.

Strategisk forankring

Arbejdet med de fire indsatser under fremtidens Akutområde 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.

Succeskriterier

For at projektet lykkes, skal følgende bl.a. være opfyldt:

- Der er etableret en systematik om at samtale om afklaring af behandlingsniveau tages med borgeren og eventuelle pårørende
- Samtalen tages, når det vurderes relevant, og mens borgeren er forholdsvis frisk og i stand til at træffe beslutning om behandlingsniveau.
- Borgerens ønsker noteres og deles på tværs af sektorer.
- Borgerens ønsker respekteres af sundhedspersonale på tværs af sektorer.
- Ønsker til behandlingsniveau bliver omsat til konkrete og handlingsanvisende behandlingsplaner.
- Plejecenterlægen/egen læge afholder i særlige tilfælde korte telefonkonferencer med personalet torsdag eller fredag, så man sikrer opdaterede behandlingsplaner for de borgere, der er i høj risiko for at blive dårlige i løbet af weekenden.
- Plejecenterlægen/egen læge søger ved behov sparring hos lægefaglige specialister på hospitalet via hotline.



SUNDHEDSAFTALEN

Region Hovedstaden, kommunerne og almen praksis

Side 4

Hvad?

Beskrivelse af den overordnede løsning

Målgruppen

Målgruppen er borgere på plejecentre.

Indsats

Indsatsen i piloten består af to dele:

- *Samtaler om behandlingsniveau*

Tilbud om samtale gives, når plejecenterpersonalet vurderer, at det er relevant eller hvis det efterspørges af borger/pårørende eller egen læge. Hvis tilbuddet accepteres af borgeren, indkaldes personale, plejecenterlæge, pårørende og borger til samtale om behandlingsniveau. Tidspunktet for tilbud af samtale sker på baggrund af en konkret individuel vurdering og kan ofte være i tilfælde, hvor der konstateres en forværring af borgerens tilstand, der kan udvikle sig til en akut situation. Der er ingen fast kadence for samtalerne. Samtalerne sker altid med og i respekt for borgeren.

Indhold i samtalen: Samtalen kan tage udgangspunkt i behandlingstestamentet, evt. suppleret med andre punkter, herunder hvornår der skal måles vitale parametre, eller hvordan der skal handles i konkrete situationer fx ved infektion eller fald. Det vil altid være en konkret individuel etisk og faglig vurdering, hvilke elementer det giver mening at inddrage i samtalen.

Dokumentation af behandlingsniveau.

Lægen sender efterfølgende en KM til plejecenter med opdateret behandlingsniveau- og plan og evt. ordinationer

Plejepersonalet dokumenterer behandlingsniveau- og plan i omsorgsjournalen på baggrund af tilsendte KM fra hospitalslægen. Der henvises til den specifikke KM med dato, så den kan genfindes ved behov.

Oplysning om behandlingsniveau: I akutte situationer skal personalet på plejecentret oplyse 1813, 112, hospital og akutfunktion om, at der foreligger ønsker om behandlingsniveau. Det er mellem parterne aftalt, at 1813 får forevist et foto af omsorgsjournal. Dette gælder, når 1813 er fysisk til stede. Udgangspunktet er imidlertid, at 1813 ikke er fysisk til stede på plejecentrene. Der udestår afklaring af regler om videresendelse af oplysninger, som ikke er MedCom-understøttet.

Hvis plejecentersborgeren efterfølgende ønsker at ændre ønsker ift. behandlingsniveau ved besøg hos lægen, bliver kommunen via korrespondancemeddelelse DIS91 orienteret om justeringer i behandlingsniveau besluttet ifm. besøg hos/af egen læge.

Tværasektoriel instruks for afklaring af og efterlevelse af behandlingsniveau hos borgere på plejecenter fremgår af bilag 1.



SUNDHEDSAFTALEN

Region Hovedstaden, kommunerne og almen praksis

Side 5

➤ *Korte konferencer om højrisikoborgere*

I situationer, hvor borgerens helbredstilstand ændres væsentligt på en torsdag eller fredag, og den ændrede tilstand ikke er beskrevet i den aktuelle behandlingsplan, tager plejecenterpersonalet telefonisk kontakt til plejecenterlægen, hvorefter lægen reviderer behandlingsplanen, jf. ovenstående aftaler, og sender en ny KM med den reviderede behandlingsplan.

Plejecenterlægen/egen læge kan søge sparring hos lægefaglige specialister på hospitalet via hotline.

Leverancer

Projektets specifikke hovedleverancer:

- Projektbeskrivelse inkl. tidsplan
- En samlet tværsektoriel instruks for praktiserende læger for borgere på plejecentre, ledere på plejecentre og plejepersonale på plejecentre
 - Tilbud om samtale om behandlingsniveau
 - Indkaldelse til samtale om behandlingsniveau
 - Afholdelse af samtale om behandlingsniveau
 - Mulighed for kort samtale om behandlingsplan ved behov
- Plan for evaluering af projektet
- Gennemførelse af evaluering af projektet
- Justeringer i instruks i takt med identifikation af opmærksomhedspunkter i lokale arbejdsgange

Rammer, afgrænsninger og afhængigheder

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

De tre andre projekter er:

1. Dataanalyser

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. Klinisk vurdering



SUNDHEDSAFTALEN

Region Hovedstaden, kommunerne og almen praksis

Side 6

Projekts fokus er at undersøge om en klinisk vurdering ved den kommunale akutfunktion eller udkørende paramediciner/evt. 1813 kørelæge, prøvetagning og videokonsultation og eventuel efterfølgende hjemmebehandling på plejecenteret, som alternativ til akut indlæggelse, patientsikkert vil kunne reducere antallet af fysiske vurderinger på akutmodtagelserne og hospitalsindlæggelser.

3. 72/96 timers behandlingsansvar

Borgere på plejecentre, der har ophold i akutmodtagelsen, omfattes af 72/96 timers behandlingsansvar med henblik på at sikre et sammenhængende forløb. Det gælder også ophold under 24 timer.

Der er en afhængighed mellem dette projekt (afklaring af behandlingsniveau) 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 (afklaring af behandlingsniveau) og klinisk vurdering, da pilotafprøvningsne skal foregå på de samme plejecentre, og derfor også helst opstarte samtidigt. Det betyder, at der er flere instrukser/arbejdsgange, der skal implementeres samtidigt på plejecentrene. Der er også en sammenhæng i forhold til de to projekters formål. Der er en mulig synergi, hvis der både er taget stilling til behandlingsniveau samtidig med mulighed for behandling på plejecentret. Det vil samlet potentielt give færre indlæggelser for målgruppen.

Desuden er det et væsentligt opmærksomhedspunkt, at projektet skal danne baggrund for beslutning om at igangsætte indsatsen på alle regionens plejecentre i starten af 2026. Denne beslutning skal træffes af Tværsektoriel strategisk styregruppe, som har sidste møde den 31. oktober 2025. Der er et fokus på at få gennemført projektet, 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.

Afgrænsning. I "Afrapportering: rettidig forebyggelse af akutte indlæggelse og genindlæggelser" er beskrevet, at projektet også skal omfatte afklaring af behandlingsniveau aftalt med hospitalslæge. Projektgruppen har besluttet at afgrænse projektet sådan, at pilotafprøvningsne kun har fokus på afklaring og efterlevelse af behandlingsniveau i samarbejdsfladen mellem plejecenter og Plejecenterlæge/borgers egen læge. Samarbejdet med 1813 indgår også.



Hvordan?

Projektplan og hovedmilepæle

Implementering af projektet sker via lokale tovholdere, dvs. på plejecenterniveau og i PLO-H, som understøttes af projektgruppedeltagerne, instrukser/vejledninger mm. og lokale informationsmaterialer ved behov.

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

Hovedmilepæle:

- Tværsektoriel instruks klar (9. maj)
- Hovedansvarlige/lokale tovholdere for pilotplejecentre og PLO-H udpeget (9. maj)
- Lokalt informationsmateriale udarbejdet ved behov (maj)
- Opstart på projektet på alle plejecentre (2. juni)
- Opstart på kvalitative interviews på første plejecentre (afhængig af inkluderede) (august)
- Midtvejsstatus og foreløbig evaluering (september)
- Afrapportering til styregruppe klar (september)
- Endeligt beslutningsoplæg til Tværsektoriel strategisk styregruppe klar (oktober).
- Afslutning af projekt (Q4)
- Udkast til evaluering af projekt udarbejdet (Q1 26).

Da der vil være tale om en gradvis opstart af projektet, kan der være behov for forlængelse af projektet indenfor rammen af de midler til taksthonorering, som allerede er afsat til projekthonorering.

Se desuden tidsplan i bilag 2.



SUNDHEDSAFTALEN

Region Hovedstaden, kommunerne og almen praksis

Projektorganisationen



Styregruppen er nedsat under 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. Der har været nedsat en arbejdsgruppe mhp. at udarbejde tværsætorielle instrukser.

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 instrukser og lokale arbejdsgange, 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.



SUNDHEDSAFTALEN

Region Hovedstaden, kommunerne og almen praksis

Nøgleinteressenter og kommunikation

Nøgleinteressenter er overordnet set:

- Sundhedsprofessionelle på tværs af sektorer
- Offentligheden
- Politikere

Nøgleinteressenter i projektet:

- Ledere og medarbejdere på plejecentrene
- Ledere og medarbejdere i den kommunale akutfunktion
- Ledere og medarbejdere i kommunerne
- Borgere på plejecentrene og deres pårørende
- Praktiserende læger og plejecenterlæger på plejecentrene
- Ledere og medarbejdere i 1813
- Ledere og medarbejdere på pilotakuthospitaler og akutafdelinger, samt stabsfunktioner, herunder økonomi.
- Ledere og medarbejdere i CSU, CØK, CIMT og CPK

Kommunikation til de forskellige interessenter sker lokalt.



SUNDHEDSAFTALEN

Region Hovedstaden, kommunerne og almen praksis

Risici

Risici	Mulige forebyggende eller afbødende tiltag
Sommerferieafvikling – risiko for at nye arbejdsgange glemmes/ikke overleveres	Lettægørlige skriftlige instrukser Der udpeges lokalt ansvarlige tovholdere
Usikkerhed om arbejdsgange / arbejdsgange følges ikke	Lettægørlige skriftlige instrukser En supervisor/særlig ansvarlig alle steder hver dag? Hyppige tjek-ind møder i starten
Manglende kendskab til projektet er barriere for inklusion af borgere	Opstartsmøde? Lettægørlige skriftlige instrukser En supervisor/særlig ansvarlig alle steder hver dag?



Bilag 1

Tværsektoriel instruks for afklaring af og efterlevelse af behandlingsniveau hos borgere på plejecentre

Hvem skal kende instruksens?

- Praktiserende læger for borger på plejecentre
- Ledere på plejecentre
- Sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, kvalitetsansvarlige på plejecentre.

Formål med instruksens

At beskrive forslag til systematiske handlinger, der understøtter samtaler om behandlingsniveau for borgere på plejecentre, med det formål:

- At samarbejdet med den behandlingsansvarlige læge påbegyndes tidligt for at sikre, at beslutningerne vedr. behandlingsniveau afspejler borgerens ønsker
- At skabe bedre og mere konkrete behandlingsplaner, hvor der er taget højde for borgerens ønsker vedr. behandlingsniveau
- At sikre at ønsker om behandlingsniveau dokumenteres internt og videreformidles på tværs af sektorer
- At borgerens ønsker til behandlingsniveau respekteres på tværs af sektorer.

Definitioner af begreber

Behandlingstestamente: Her kan livsforlængende behandling og genoplivning ved hjertestop fravælges. Lægerne følger borgerens ønsker til behandling, hvis vedkommende ikke selv er i stand til at give besked. Testamentet bliver oprettet af borgeren evt. sammen med deres pårørende.

Behandlingsniveau: Fastsættes med udgangspunkt i borgerens ønsker og lægens faglige vurdering ift. borgerens helbredstilstand. Kan fx indeholde stillingtagen til indlæggelse, herunder hvor meget borgeren ønsker at blive undersøgt og behandlet. I konkrete situationer kan den behandlingsansvarlige læge beslutte at stoppe behandling eller ikke igangsætte behandling, hvis der ikke er udsigt til bedring.



Behandlingsplan: Bliver udarbejdet af den behandlingsansvarlige læge på baggrund af borgerens aktuelle helbredstilstand, forventning om udvikling i tilstand, samt borgerens ønsker om behandlingsniveau. Behandlingsplan er handlingsanvisende for personalet på plejecentre i tilfælde af ændringer i borgerens tilstand.

Formålet med indsatsen er en systematisk afklaring af behandlingsniveau blandt borgere på plejecentre

Borgere på plejecentre er ofte skrøbelige og tåler dårligt ophold på hospitalerne, da det ofte fører til delir, funktionsnedsættelser, infektioner mv. Der er ofte alternativer til en akut hospitalsindlæggelse, hvor behandlingen i mange tilfælde kan iværksættes på plejecentret ligesom der også er mulighed for at overgå til lindrende behandling. Borgere på plejecentre og deres pårørende kan med fordel aktivt træffe beslutninger om ønske til deres behandlingsniveau og det kan bidrage til ro og afklaring, hvis samtalen om behandlingsniveau er foretaget.

Tilbud om samtale og stillingtagen til behandlingsniveau, herunder behandlingstestamente

1. Tilbud om samtale om stillingtagen til behandlingsniveau skal ske på baggrund af en individuel faglig vurdering af plejepersonale og/eller plejecenterslæge/egen læge

- Det skal fx være i tilfælde som nedenstående:
 - Ved tiltagende skrøbelighed hos borgeren
 - Efter indlæggelse med alvorlig sygdom
 - I forbindelse med indflytning på plejecenter, fx i forbindelse med lægeskift
 - Hvis borgeren er døende, kritisk syg eller stærkt helbredsmæssigt svækket.
 - Hvis borgeren ønsker fravalg af genoplivning
 - Hvis borgeren ønsker at fravælge eller stoppe en livsforlængende behandling eller fx ikke ønsker at blive indlagt.
 - Hvis borgeren ønsker at trække sin beslutning om fravalg af genoplivning eller livsforlængende behandling tilbage. Livsforlængende behandling kan først iværksættes igen, hvis en læge ordinerer det.
 - Hvis borgerens situation forbedres væsentligt, så der ikke længere er tale om den samme sygdomssituation.

2. Når tilbuddet om samtale accepteres af borgeren, indkaldes følgende til samtale om behandlingsniveau:

- Borger
- Plejecenterslæge/egen læge
- Plejepersonale
- Evt. pårørende



SUNDHEDSAFTALEN

Region Hovedstaden, kommunerne og almen praksis

Side 13

- Borgerens kontaktperson på plejecentret planlægger mødet om behandlingsniveau.

3. Samtale om behandlingsniveau

- Plejecenterlægen/egen læge leder samtalen med borger
- Samtalen kan tage udgangspunkt i behandlingstestamentet, suppleret med nedenstående punkter i det omfang det giver mening. Det vil altid være en konkret individuel etisk og faglig vurdering, hvilke elementer der giver mening at samtale omkring.
- På baggrund af samtalen tager lægen stilling til nedenstående elementer, og registrerer oplysningerne i sit journalsystem:

Lægefaglig stillingtagen til følgende områder:	Hvad skal dokumenteres i journalen og videresendes i en KM til plejecentret?
1. Genoplivning ved hjertestop	Skal der iværksættes genoplivningsforsøg ved hjertestop?
2. Hvor skal behandling foregå, hvis borgerens situation ændrer sig?	Skal borger behandles: • På plejecenter • Indlægges på hospital • Overgå til lindrende behandling I tilfælde af: • Infektion • Fald • Påvirket bevidsthed • Nedsat føde og væske oralt
3. I hvilke situationer skal der foretages målinger ? (fx BT, Tp, puls, RF, bevidsthedsniveau, Sat, CRP, HbG)	Hvilke målinger skal foretages i tilfælde af: • Infektion • Fald • Påvirket bevidsthed • Nedsat føde og væske oralt

- Lægen sender efterfølgende en KM til plejecenter med opdateret behandlingsniveau- og plan og evt. ordinationer
- Plejepersonalet dokumenterer behandlingsniveau- og plan i omsorgsjournalen på baggrund af tilsendte KM fra hospitalslægen. Der henvises til den specifikke KM med dato, så den kan genfindes ved behov



- Plejepersonalet skal i akutte situationer mundtligt oplyse udkørende kommunalt akutteam, 1813, 112, og hospitalet om, at der foreligger lægefaglig stillingtagen til behandlingsniveau- og plan.
- Hvis ambulancepersonale eller udekørende læger fra 1813 møder op på plejecentret, så skal den specifikke KM om behandlingsniveau- og plan fremvises.
- Plejepersonalet skal i tilfælde af indlæggelse eller opstart af et behandlingsforløb på plejecenter, hvor akutmodtagelsen har det lægelige behandlingsansvaret, fremsende plejecenterlægens KM med oplysningerne om behandlingsniveau- og plan **til hospitalet via MILR.**

Kommenterede [F1]: Martin skal afklare om borgeren har status af indlæggelse i SP, således at det er muligt at modtage MILR på de borger der har et behandlingsforløb på plejehjemmet

4. Mulighed for en kort samtale af behandlingsplan ved behov

I situationer, hvor borgerens helbredstilstand ændres væsentligt på en torsdag eller fredag, og den ændrede tilstand ikke er beskrevet i den aktuelle behandlingsplan eller der er behov for justering af planen, tager plejecenterpersonalet telefonisk kontakt til plejecenterlægen, hvorefter lægen reviderer behandlingsplanen, jf. ovenstående aftaler, og sender en ny KM med den reviderede behandlingsplan.

Plejecenterlægen/egen læge har mulighed for sparring med lægefaglige specialister på hospitalet via hotline. I følgende oversigt på sundhed.dk findes information om hhv. specialistrådgivningstilbud og subakutte tider til almen praksis: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/hovedstaden/almen-praksis/patientbehandling/patientforloeb/forloebbsbeskrivelser-icpc/a-alment-og-uspecificeret/kontaktinformation/>. Dette suppleres med et specifikt telefonnummer til geriatri.



SUNDHEDSAFTALEN

Region Hovedstaden, kommunerne og almen praksis

Bilag 2

Tidsplan for projektgruppen om Afklaring af behandlingsniveau

Aktivitet	2025											
	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
1. møde i projektgruppen → Leverancer og proces			13/3									
2. møde i projektgruppen → godkende projektbeskrivelse og instruks					9/5							
3. møde i projektgruppen → midtvejsstatus samt status til styregruppe									29/9			
Pilotafrøvning						2/6→	x	x	x	x	x	
Opstart kvalitative analyser								x				
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



Sundhedsaftalen

Region Hovedstaden,
kommunerne og almen praksis

Vejnavn vejnr.
Postnummer By

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