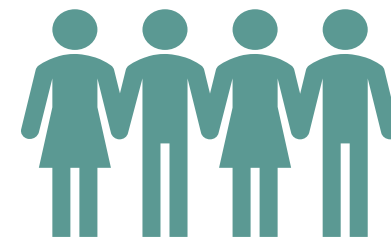


Den nære psykiatri i Midtjylland

Samlede initiativer fra styregruppen for alliancen om den
nære psykiatri – 21. januar 2019



Alliancen om den nære psykiatri

Patient- og pårørendeforeninger
Praktiserende læger (PLO Midt)
Region Midtjylland
De 19 midtjyske kommuner

Præsentation af initiativer



Styregruppens initiativer:

Mental sundhed hos børn og unge

1. Fælles forpligtende forløb og handleplan mellem kommuner, almen praksis og Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling (BUA)
2. Den gode overgang mellem folkeskole og ungdomsuddannelse
3. Oplysning om social (mis)forståelse: "Jeg er helt normal"
4. Trivselsvejledere på ungdomsuddannelser og folkeskoler – frivillige og professionelle - ung til ung
5. Udgående funktioner fra Børne- og Ungdomspsykiatrien (satspulje projekt)

Voksne borgere med svær psykisk sygdom

6. Én borger – én fælles løsning
7. Tværsektorielt call-center
8. Initiativer for de mest udsatte borgere
9. Udgående ambulante teams

Tværgående initiativer

10. IT og kommunikation på tværs

Mental sundhed hos børn og unge

1. Fælles forpligtende forløb og handleplan mellem kommuner, almen praksis og Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling (BUA)

Kort beskrivelse af initiativ

Der er behov for at skabe bedre sammenhæng og klar ansvarsfordeling mellem skoletilbud, PPR (Pædagogisk Psykologisk Rådgivning), almen praksis og regional behandling for børn og unge, som henvises til Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling (BUA). Både i forhold til kontakt, kommunikation og henvisningspraksis.

Alliancegruppen foreslår, at der laves en samarbejdsaftale om et fælles forpligtende forløb og handleplan på tværs af sektorer i det enkelte borgerforløb. Planen skal sikre fælles aftaler mellem involverede aktører fra start til slut i barnet/den unges forløb og samtidig tydeliggøre, at der kan være parallelle indsatser.

Den fælles forpligtende handleplan skal bl.a. have fokus på:

- Forløb og initiativforpligtelse i forbindelse med afslutningssamtaler
- Den praktiserende læges rolle i handleplanen (før, under og efter udarbejdelsen af planen).
- Den relationelle overgang (over/under 18 år)

Målgruppe

Alle børn og unge, som henvises til Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling. Derudover omfatter målgruppen også børn og unge forud for forløb i BUA, herunder kommunikation mellem almen praksis og kommuner/indsats før henvisning til BUA.

Der gøres opmærksom på, at der for målgruppen af de sværest syge børn og unge med psykisk sygdom, er en tværsektoriel samarbejdsmodel under udarbejdelse (jf. initiativ 8).

Hvem skal være med til at realisere initiativet?

Familier, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling (BUA), PPR (Pædagogisk Psykologisk Rådgivning), barnets/ den unges skoletilbud, familieafdeling, praktiserende læge, evt. ungdomsuddannelser

Initiativ på kort sigt

Nedsætte laboratoriegruppe, der skal lave udkast til samarbejdsaftale ift. fælles forpligtende forløb og handleplan på tværs af relevante aktører – hvad skal der til for at det gode forløb kan realiseres, hvordan sikres klar ansvarsdeling mv.?

OBS på eksisterende sundhedsaftaler og forløbsprogrammer.

Indhente erfaringer fra 'TUT projekt' om tværfaglige udgående teams samt satspulje-projekt om udgående funktioner fra Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling (BUA). Derudover også den nye kommunale ungeindsats.

Initiativ på længere sigt

Implementering af samarbejdsaftale i Sundhedsaftale og i praksis i hele regionen.

Forventet effekt for borgeren

En fælles forpligtende forløb og handleplan skal sikre bedre og mere sammenhængende forløb for børn og unge, der er i forløb hos Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling (BUA). Den forventede effekt af dette vil således være bedre behandlingseffekt af borgeren/patienten.

Forankring

Initiativet forankres i én klynge samtidig med der nedsættes en bredere referencegruppe. Udvikling og afprøvning sker via laboratoriemodel, hvor der⁴ stilles en facilitator til rådighed (Scrum-master).

2. Den gode overgang mellem folkeskole og ungdomsuddannelse

Kort beskrivelse af løsningsforslag

Der er brug for en mere aktiv tænkning om overgangen ml. folkeskole og ungdomsuddannelse for elever, der er vurderet uddannelsesparate, men hvor der er bekymring om trivslen fra lærere, forældre eller eleven. Overgangen til ungdomsuddannelse giver mulighed for vækst og positive forandringer, men kan også være en sårbar fase med risiko for stagnation og negativ udvikling for den enkelte unge.

Der er brug for at vigtig viden og evt. bekymringer om den unges trivsel overdrages mellem folkeskolen og den modtagende uddannelse - og at eventuelle vigtige relationer kan følge med i overgangen og/eller opmærksomhed på evt. støttefunktioner.

Målgruppe

- Elever i 9. og 10. klasse (folkeskoler, privat-, fri- og efterskoler), som er uddannelsesparate, men vurderes at være sårbare i forbindelse med skiftet til ungdomsuddannelse.
- Desuden uddannelsesparate elever i udskolingen med højt skolefravær.

Hvem skal være med til at realisere initiativet?

Familier, skoleområdet, ungdomsuddannelser, familieafdelinger, evt. PPR (Pædagogisk Psykologisk Rådgivning)

Initiativ på kort sigt

Nedsætte en laboratoriegruppe, der skal udarbejde en model for den gode overgang fra folkeskole til ungdomsuddannelse. Bl.a. med inspiration fra Danmarks Evalueringsinstitut og Horsens Kommune, der begge har udarbejdet anbefalinger til den gode overgang fra folkeskole til ungdomsuddannelse.

Herunder:

- Hvordan vurderes det at man ikke er i trivsel? (en del af uddannelsesparathedsvurderingen?)
- Hvordan arbejde med samtykke fra forældrene til at videndele?
- Hvordan bringe den unges uddannelsesplan i spil?

Initiativ på længere sigt

Udbredelse af model for den gode overgang til midtjyske kommuner, skoler og ungdomsuddannelser.

Forventet effekt for borgeren

Bedre trivsel og mindre frafald på ungdomsuddannelserne for unge der vurderes sårbare i overgangen til en ungdomsuddannelse.

Tidlig opmærksomhed giver rettidigt fokus på små indsatser, der kan gøre en stor forskel for den unge!

Forankring

Initiativet forankres i én klynge samtidig med der nedsættes en bredere referencegruppe. Udvikling og afprøvning sker via laboratoriemodel, hvor der stilles en facilitator til rådighed (Scrum-master).

3. Oplysning om social (mis)forståelse: ”Jeg er helt normal”

Kort beskrivelse af initiativet

Med inspiration fra Sundhedsstyrelsens undervisningsmateriale til 7-9. klasse om ’flertalsmisforståelser’ i forhold til alkohol og rusmidler udvikles et tilsvarende koncept, der skal øge bevidstheden blandt de unge om hvad der er et ’normalt ungeliv’.

Konceptet bygger på at synliggøre sociale misforståelser blandt de unge om, at andre unge lever et ’perfekt’ liv. De unge spejler sig meget i hinanden - og med Facebook, Instagram og andre sociale medier, er der meget fokus på at ’udstille det perfekte liv’. Materialet skal således tage fat om svære emner, som alle unge oplever – kriser, sorg, ensomhedsfølelse, mindreværd mv. – og give vejledning til, hvad man kan gøre når man har det svært.

Målgruppe

- Elever i folkeskolen (udskolingen)
- Elever på ungdomsuddannelser

Hvem skal være med til at realisere initiativet?

Der er taget kontakt til Sundhedsstyrelsen om mulighed for et samarbejde om konceptudvikling med temaet ”Jeg er helt normal”.

Herudover: Elevrepræsentanter, Ungdomsuddannelser, folkeskoler, SSP samarbejde (samarbejde mellem skole, sociale myndigheder og politi), evt. forskere (ABC for mental sundhed?)

Initiativ på kort sigt

Afdække om Sundhedsstyrelsen er interesseret i at indgå samarbejde med alliancen om at udvikle et koncept med undervisningsmateriale og oplysning om ’det normale ungeliv’. Der er aftalt et indledende møde med Sundhedsstyrelsen primo 2019.

OBS: Tænke unge ind som ambassadører fra start - både i konceptudvikling og i det videre arbejde med at afprøve materialet.

Initiativ på længere sigt

Prøvehandling: Afprøve konceptet på et par folkeskoler og ungdomsuddannelser med henblik på videreudvikling og beslutning om hvorvidt der ønskes spredning af konceptet til hele regionen (evt. landet).

Evt. koble undervisningsmateriale og oplysning til eksisterende SSP samarbejde mellem skole, sociale myndigheder og politi, konfirmationsundervisning eller andet.

Forventet effekt for borgeren

Målet er at skabe større bevidsthed om det ’normale’ ungeliv hos de unge ved at få dem til at arbejde med og snakke om den udbredte sociale misforståelse om, at andre lever et ’perfekt liv’.

Herigennem øge de unges robusthed og bevidsthed om, at ’jeg er helt normal’, når jeg oplever at livet ind imellem føles svært.

Forankring

Skal drøftes i regi af Børne- og Kulturchefforeningen (BKF).

4. Trivselsvejledere på ungdomsuddannelser og folkeskoler – frivillige og professionelle - ung til ung

Kort beskrivelse af initiativet

Det opleves, at behovet for at få hurtig og let tilgængelig hjælp og støtte for unge i folkeskolen og på ungdomsuddannelser, er stigende. De unge efterspørger både:

- Nem, uformel, lokal og uforpligtende adgang til hjælp og gode råd, når de ikke trives
- Nem, uformel, lokal adgang til kvalificeret professionel hjælp, som hurtigt kan afdække alvorlighedsgrad, give gode råd og hjælpe på vej videre, hvis der er behov for dette

På mange ungdomsuddannelser og på flere folkeskoler er der allerede etableret forskellige former for støtteordninger. På nogle uddannelser er de professionaliseret i form af fx psykologer, mens det på andre uddannelser er frivillige foreninger, der tilbyder støtte til børn og unge.

Det foreslås, at der igangsættes et projekt hvor erfaringer om støtteordninger på folkeskoler og ungdomsuddannelser indsamles med henblik på at afdække, om der er behov for et fælles koncept og udbredelse af 'trivselsvejledere'.

Målgruppe

Elever på folkeskoler og ungdomsuddannelser, der oplever at de ikke trives og har brug for hjælp, vejledning og strategier til at opnå bedre trivsel

Hvem skal være med til at realisere initiativet?

Professionshøjskolen VIA (?), folkeskoler, ungdomsuddannelser, kommuner, frivillige organisationer, foreninger mv., evt. praktiserende læger

Initiativ på kort sigt

Tage kontakt til professionshøjskolen VIA med henblik på at etablere et samarbejde om at indsamle systematiseret viden på området:

- Opnå fælles forståelse af 'trivselsbegrebet' - hvad er trivsel og hvordan arbejder folkeskoler og ungdomsuddannelser med det?
- Indsamle erfaringer fra lokale løsninger på skoler og uddannelser – hvilke modeller findes, hvad virker og til hvad?
- Herunder særligt fokus på erfaringer med ung-til-ung metoder

OBS på at vi ikke skaber et behov for at al støtte og vejledning 'professionaliseres' i form af tilbud om psykologhjælp mv.

Særligt OBS på forskelle i ungdomsuddannelser – fx gymnasier og erhvervsskoler, hvor vilkår og ungemiljø er meget forskelligt.

Initiativ på længere sigt

Arbejde videre med lokal forankring og videndeling om modeller for, hvordan man kan etablere trivselsvejledere på skole- og ungdomsuddannelserne

Forventet effekt for borgeren

En direkte og let tilgængelig adgang til hjælp for unge på alle folkeskoler og ungdomsuddannelser forventes at have en forebyggende effekt i forhold til at sætte tidligt ind, når børn og unge oplever mistrivsel.

Forankring

Skal forankres i klyngeregion.

5. Afprøvning af en fremskudt regional funktion i børne- og ungdomspsykiatrien (BUA) (satspuljeprojekt)

Kort beskrivelse af initiativet

Flere og flere børn og unge kæmper med psykisk sårbarhed, mentale sundhedsproblemer og psykiske lidelser. Samtidig kan børn og unge have vanskeligt ved at få den rette hjælp i samspillet mellem den regionale psykiatri og de kommunale indsatser.

Derfor er der på satspuljeaftalen for 2018-2021 afsat midler til en fremskudt funktion i børne- og ungdomspsykiatrien. Formålet med puljen er at styrke indsatsen for de børn og unge, som ikke har behov for en indsats i børne- og ungdomspsykiatrien, men samtidig har behov for en intensiv indsats i nærmiljøet. Desuden er formålet at styrke det tværsektorielle samarbejde om integrerede indsatser for målgruppen.

Region Midtjylland har sammen med 14 kommuner fået tilsagn om midler til at afprøve 3 delprojekter i perioden 1/9 2018 – 31/12 2021.

Målgruppe

Børn og unge med mistrivsel og tegn på en psykisk lidelse såsom lette tilfælde af angst og depression mv.

Hvem skal være med til at realisere initiativet?

Region Midtjylland samt 14 midtjyske kommuner fordelt på 3 delprojekter (Aarhus, Favrskov, Ikast-Brandø, Odder, Samsø, Silkeborg, Skive, Syddjurs, Ringkøbing-Skjern, Herning, Viborg, Norddjurs, Lemvig og Struer Kommuner). Der søges samarbejde med private/civilsamfundet i afprøvningen.

Delprojekt 1: Forebyggelse af angst og depression hos børn og unge

Formålet er at nedbringe antallet af børn og unge, der lider af angst og depression. Dette sker via et fokus på den tidlige forebyggelse og opkvalificering af fagprofessionelle og forældre.

Delprojekt 2: Forebyggende indsats ved begyndende skolevægring

Formålet med delprojektet er at udvikle en systematisk og vidensbaseret praksis for det tidlige opsporende og forebyggende arbejde i forbindelse med børn og unge, der udviser begyndende skolevægring på grund af lettere psykiske vanskeligheder.

Delprojekt 3: Henvisning for almen praksis

Formålet er at give de almenpraktiserende læger en mulighed for at kunne henvise til kommunen som alternativ til henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien.

Forankring

Satspuljeprojektet er forankret i en styregruppe der går på tværs af de 3 delprojekter, samt en projektgruppe for hvert delprojekt. Her følges resultater af afprøvning og potentialer for implementering og spredning. Viden fra satspuljeprojektet vil blive inddraget i alliancens arbejde, bl.a. ved at sikre at deltagere fra relevante delprojekter indgår i udvikling og kvalificering af alliancens initiativer.

Det overvejes at afholde en afsluttende konference for de 3 delprojekter, således at opsamlet viden kan formidles både på tværs af delprojekterne og til de kommuner, som ikke er med i projektet.

Styregruppen for alliancen om den nære psykiatri

Voksne borgere med svær psykisk sygdom

Voksne borgere med svær psykisk sygdom



Identificerende udfordringer

- **For sen eller for mange indsatser, manglende justering af indsats, manglende tidlig opsporing, manglende tilbud**
 - Vi får ikke sat ind i tide med den rigtige indsats
 - Vi får ikke løbende justeret på indsatsen
 - Risiko for, at borgerne bliver meget dårlige før de bliver opdaget
 - Særligt ift. de allermest udsatte – fx borgere med dobbeltdiagnose (psykisk diagnose og misbrug):
 - Der bliver ikke altid taget hensyn til målgruppens ustabile tilstand
 - En målgruppe der udebliver, manglende udredning mv. – de siger ofte nej til indsatsen
 - Målgruppen er ressourcekrævende og passer ikke ind i de typiske tilbud
 - Kun hver 5. af de allermest udsatte får fx en håndholdt indsats
 - Borgerens forskelligartede udfordringer, der dermed kræver differentierede indsatser
- **Uklarhed ift. hvem der har opgaven hvornår og hvilke tilbud, der er**
 - *'Mennesker med komplekse problemer bliver mødt af et lige så komplekst velfærdssystem'*
 - Komplexitet i antallet af fagpersoner – mange stole at falde imellem for borgerne
 - Velfærdssystemet har svært ved at give samlet og koordineret støtte
 - Lovgivningens mange krav - ofte stiller lovgivningen mange krav, som kan være svære at navigere rundt i. Dette betyder ofte, at det går ud over borgeren og indsatsen til borgeren.

- **Manglende koordinering, overlevering og kommunikation på tværs af systemerne. Manglende agilitet i systemerne**
 - Ofte kan man godt orientere på tværs, men det er ikke et samlet tilbud til borgeren
 - Indsatsen er fragmenteret og kræver, at borgeren selv bliver tovholder på sin indsats
 - Information går tabt i overleveringen
 - Manglende fælles sprog omkring borgeren

Alliancens fire parter arbejder efter at sikre:

- Bevarelse af kontakt
- Social og arbejdsmæssig inklusion
- Reduktion i symptomer og evt. misbrug
- Bedre helbred, bedre egen mestring/egen omsorg
- Reduktion af genindlæggelser (både somatik og psykiatri)
- At der tages udgangspunkt i borgerens ønsker og drømme

6. Én borger - ét fælles forløb

Kort beskrivelse af løsningsforslag

Der er behov for at sikre det gode sammenhængende forløb for borgere med svær psykisk sygdom (jf. identificerede udfordringer). Løsningslaget indebærer, at der udvikles et koncept for en samarbejdsmodel om Én borger - ét fælles forløb. **Samarbejdsmodellen** indeholder flere sammenhængende og understøttende elementer, der skal udvikles:

- **Fælles infrastruktur**
 - Hvad skal til for at sikre det gode sammenhængende forløb?
 - Hvilken kapacitet?
 - Hvilke normkrav/minimumstandards er vi enige om?
- **Koordination på tværs:**
- Fx. kan nævnes:
 - Brobyggere (eks. fra Horsensklyngen)
 - Den koordinerende case manager (én gennemgående person, der følger borgeren i overgange samt støtter og koordinerer. Afprøve modeller for, at borgeren selv vælger kontaktperson)
- **Fælles kodeks/fælles sæt spilleregler**
 - Udvikling af et fælles mind-set, der skal medvirke til følgende:
 - At vi får sat ind i tide,
 - At der er klarhed over, hvem der har opgaven hvornår,
 - At vi får koordineret og kommunikeret med hinanden, så vi sikrer den gode overgang og overlevering mellem systemerne.Til inspiration kan fx nævnes *Sammenhæng og råderum* fra Silkeborg Kommune eller lignende fra andre steder.
- **Relationsdannelse**
 - Gode sammenhængende forløb kræver tillid mellem samarbejdsparterne. Der er derfor behov for relationsdannelse via fx fælles skolebænk.

Målgruppe

Ledere og medarbejdere i kommuner og regionspsykiatrien samt almen praksis.

Hvem skal være med til at realisere initiativet?

Kommunerne på tværs af relevante forvaltninger

Regionspsykiatrien

Almen praksis

Bruger/pårørende

Initiativ på kort sigt

Samarbejdsmodellen vedr. Én borger - Ét fælles forløb udvikles og afprøves i en eller flere klynger med henblik på at undersøge, hvordan det ideelle forløb ser ud, og hvilke aftaler der er behov for. Dette er med henblik på at få lavet et koncept i forhold til infrastruktur samt skabeloner for indhold i samarbejdsaftaler. Det kan fx være ved at afprøve et antal forløb, hvor der ikke tænkes inden for eksisterende rammer, men med fokus på at skabe det bedste forløb for borgeren.

Initiativ på længere sigt

Samarbejdsmodellen udbredes og implementeres i klyngerne.

Forventet effekt for borgeren

Løsningen skal medvirke til at skabe et bedre og mere sammenhængende forløb for og med borgeren. Dette med henblik på, at borgeren vil opnå bedre resultater ift. sine opstillede mål.

Forankring

Forankres i én eller flere klynger.

7. Tværsektorielt call-center (psykiatri og somatik)

Kort beskrivelse af løsningsforslag

Der etables et tværsektorielt call-center for at understøtte sammenhæng og bedre borgerforløb ift. i højere grad at få sat ind i tide, og at borgeren får det rette tilbud.

Formål: at vejlede fagpersoner i klyngen (kommunale, regionale, praktiserende læger, vagtlæger) om kommunale og regionale tilbud både ift.:

- forebyggende tiltag,
- alternativer til indlæggelse,
- tilbud der findes ift. at sikre den gode udskrivelse og det efterfølgende forløb.

Call-centret kan, udover at informere, også koordinere tilbud.

Målgruppe

Praktiserende læger, vagtlæger, kommunale og regionale fagpersoner.

Hvem skal være med til at realisere initiativet?

Kommuner

Region

Almen praksis.

Initiativ på kort sigt

Forslaget indgår som en del af udviklingen og etableringen af fælles visitation ved alle fem akuthospitaler/klynger (både somatik og psykiatri), som en del af udmøntningen af budget 2019 i regionen. Med afsæt i erfaringer fra Midt- og Randers-klyngerne udvikles én fælles model. De fælles visitationsenheder vejleder praktiserende læger og vagtlæger om både regionale og kommunale akuttilbud – både i forhold til somatik og psykiatri. Fælles visitationsenheder skal understøtte sammenhæng og sikre, at patienten altid får det rette tilbud. Herunder bidrage til at flest mulige borgere kan behandles i eget hjem eller i det kommunale akuttilbud, hvis der ikke er behov for en akut indlæggelse.

Initiativ på længere sigt

Fælles visitation (og herunder Call-center) udbredt i alle klynger.

Forventet effekt for borgeren

Bedre og sammenhængende borgerforløb med henblik på, at borgeren får det rette tilbud fra start og dermed opnår en bedre effekt.

Forankring

Der nedsættes en tværsektoriel arbejdsgruppe til at udarbejde modellen.

8. Initiativer for de mest udsatte borgere

Kort beskrivelse af initiativet

De mest udsatte borgere har behov for en styrket sammenhængende indsats, da det ofte er disse borgere, der falder mellem systemerne (jf. slide med identificerede udfordringer). Der arbejdes allerede med forskellige teamløsninger kommunalt og regionalt, hvor der kan findes gode erfaringer med henblik på videre udbredelse. Således er der i regi af den regionale psykiatriplan 2018 udarbejdet en konkret model – Den Tværsektorielle Samarbejdsmodel – med det formål at styrke det tværsektorielle samarbejde om de mest udsatte borgere (psykisk syge med misbrug, selvskadende adfærd, udadreagerende adfærd). Der er udarbejdet en model for voksne og en model for børn og unge med svær psykisk sygdom. Modellerne for hhv. voksne og børn/unge er udarbejdet af to arbejdsgrupper med regional og kommunal repræsentation, og konceptet er nu klar til afprøvning og videre kvalificering. Med modellerne for hhv. voksne og børn/unge vil man etablere et tværsektorielt team omkring borgeren, som har til hensigt at forbedre samarbejdet på tværs af sektorerne med udgangspunkt i en række principper for samarbejdet. Klyngerne opfordres i deres udvikling, kvalificering og afprøvning af modellerne til at indhente og anvende erfaringer fra:

- Tværsektorielle dobbeltdiagnoseteams med inspiration fra lignende modeller i Norddjurs og Syddjurs Kommuner
- Kernet teams – med inspiration fra ACT-teams
- Netværksgrupper – konferencer på tværs

Målgruppe

De mest udsatte borgere

Hvem skal være med til at realisere initiativet?

Kommune, region og almen praksis

Relevante foreninger

Bruger/pårørende i det omfang, det er muligt

Initiativ på kort sigt

- Der tages udgangspunkt i Den Tværsektorielle Samarbejdsmodel vedr. voksne og den vedr. børn og unge ved afprøvning i klyngeregion med henblik på kvalificering og udvikling af modellerne for hhv. voksne og børn/unge.
- Erfaringsindhentning. Der findes allerede eksisterende løsninger på området fx i Norddjurs og Syddjurs Kommune samt Midt-klyngen, som kan være med til at udvikle modellerne.

Initiativ på længere sigt

Udbredelse til alle klynger.

Forventet effekt for borgeren

Modellerne for hhv. voksne og børn/unge er bud på initiativer til at løse de strukturelle udfordringer omkring de mest udsatte borgere. Dette skal resultere i en positiv effekt med henblik på at opnå de med borgeren opstillede mål.

Forankring

Forankring i en eller flere klynger, der skal udvikle, afprøve og kvalificere modellerne for hhv. voksne og børn/unge.

9. Udgående ambulante teams

Kort beskrivelse af initiativet

Initiativet har til formål at styrke indsatsen for patienter med psykisk sygdom i nærmiljøet, gennem styrkelse af den udgående ambulante kapacitet i voksenpsykiatrien. Udgående ambulante teams er en indsats, der kan målrettes en stor del af patienterne i psykiatrien. I denne sammenhæng defineres den ambulante udgående indsats således, at patienten ikke skal møde fysisk op i ambulatoriet.

Formålet er at skabe hurtig kontakt, forbygge indlæggelser og fremme tidlig udskrivelse.

Initiativet skal bygge på eksisterende erfaringer med udgående ambulante teams med fokus på det tværsektorielle samarbejde mellem region, kommune og almen praksis. Der kan i den forbindelse hentes erfaringer fra følgende eksempler, hvor der eksisterer tværsektorielt samarbejde omkring udgående ambulant aktivitet:

- Center for Sundhed i Holstebro Kommune
- Psykiatriens Hus i Aarhus Kommune
- Brobygger i Skanderborg Kommune
- Erfaringer i kommuner med etablering af akuttilbud

Region Midtjylland har allerede fokus på at styrke den udgående ambulante kapacitet i voksenpsykiatrien, hvor der er udmøntet midler til de udgående ambulante teams.

Målgruppe

Voksne borgere med svær psykisk sygdom

Hvem skal være med til at realisere initiativet?

Kommune, region og almen praksis

Inddragelse af bruger/pårørende

Initiativ på kort sigt

- Der afholdes et læringsseminar/workshop, med henblik på at dele best practice, hvorefter der udarbejdes et fælles koncept for samarbejdet for de udgående teams.
- Det fælles koncept kan fx adressere intentioner, mål, hvilke hensyn der skal ligge til grund for arbejdet, målgrupper, samt hvad siger erfaringerne. Rammen kan således danne grundlag for det videre udviklingsarbejde alternativt konsolidering af drift i de enkelte klynger.
- Igangsættelse af projekter eller drift om udgående funktioner for regionshospital og kommunerne i klyngen.
- Andre klynger kan have interesse i at indgå i en prøvehandling omkring udgående funktioner, som efterfølgende evalueres / samles op.

Initiativ på længere sigt

Udbredelse og harmonisering med henblik på et ensartet tilbud regionalt.

Forventet effekt for borgeren

Initiativet skal udmønte sig i løsninger for borgeren, der kan realiseres i det nære til gavn for borgeren. Initiativet tager således udgangspunkt i, at der skal være tilbud til borgeren lokalt med henblik på at forebygge indlæggelser samt hurtig kontakt til borgere, der har behov for hjælpen.

Forankring

Afholdelse af tværsektoriel læringsseminar/workshop med relevante fagfolk.

Styregruppen for alliancen om den nære psykiatri

Tværgående initiativ

10. IT og kommunikation på tværs

Kort beskrivelse af initiativet

Der er af styregruppen for alliancen om den nære psykiatri blevet peget på, at der for nuværende ikke kan kommunikeres elektronisk på tværs i samme omfang som i somatikken omkring borgere på tværs af region, kommuner og almen praksis vedr. psykiatri. Det er derfor essentielt, at der arbejdes med løsninger, der har til formål at sikre tværsektoriel elektronisk kommunikation i psykiatrien ved brug af Medcom standarder.

Der er behov for:

- At identificere problemstillinger for tværsektoriel it og kommunikation i psykiatrien ved brug af Medcom standarder – herunder barrierer for løsninger.
- At komme med konkrete løsningsforslag og anbefalinger ift. håndtering af organisatorisk set-up og tekniske løsninger
- At udarbejde samarbejdsaftale om elektronisk kommunikation ved brug af medcom-meddelelser på psykiatri-området
- At skabe et overblik over kommunale it leverandører, som vil have leverancer for at understøtte den tværsektorielle it kommunikation.

Samarbejdsaftalerne bør i det omfang det er muligt afspejle de eksisterende aftaler inden for somatikken. Der skal være en særlig opmærksomhed på hurtigere handling og øget fleksibilitet, intern organisering og arbejdsgange samt juridiske forpligtelser.

Målgruppe

Medarbejdere i region, kommune og almen praksis

Hvem skal være med til at realisere initiativet?

Kommunerne på tværs af relevante forvaltninger, region og almen praksis.

Initiativ på kort sigt

Der nedsættes en tværsektoriel arbejdsgruppe til at arbejde med at identificere problemstillinger for den tværsektorielle elektroniske kommunikation - herunder organisatorisk, elektronisk, juridisk og økonomisk. På denne baggrund skal arbejdsgruppen komme med løsningsforslag på de pågældende problemstillinger ved brug af Medcom-standarder.

Løsning på længere sigt

At der laves en samarbejdsaftale på området, der kan understøtte en tværsektoriel kommunikation, som det ses indenfor somatikken. Derudover ønskes det udbredt til hele regionen.

Forventet effekt for borgeren

Løsningen skal medvirke til at skabe bedre og sammenhængende forløb til gavn for borgerne.

Forankring

Nedsættelse af en tværsektoriel arbejdsgruppe.

	Initiativ	Forankring	Opstart	Forventet afrapportering
Mental sundhed hos børn og unge	1. Fælles forpligtende forløb og handleplan mellem kommuner, almen praksis og Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling (BUA)	Initiativet forankres i én klynge samtidig med der nedsættes en bredere referencegruppe. Udvikling og afprøvning sker via laboratiemodell, hvor der stilles en facilitator til rådighed (Scrum-master).	Opstart i foråret 2019	Forventes til efteråret 2019
	2. Den gode overgang mellem folkeskole og ungdomsuddannelse	Initiativet forankres i én klynge samtidig med der nedsættes en bredere referencegruppe. Udvikling og afprøvning sker via laboratiemodell, hvor der stilles en facilitator til rådighed (Scrum-master).	Opstart i foråret 2019	Forventes til efteråret 2019
	3. Oplysning om social (mis)forståelse: ”Jeg er helt normal”	Skal drøftes i regi af Børne- og Kulturchefforeningen (BKF).	Afklaring i foråret 2019	Afventer afklaring
	4. Trivselsvejledere på ungdomsuddannelser og folkeskoler – frivillige og professionelle - ung til ung	Skal forankres i klyngeregi.	Opstart i efteråret 2019	Forventes foråret 2020
	5. Udgående funktioner fra Børne- og Ungdomspsykiatrien (satspulje projekt)	Er forankret i tværsektoriel styregruppe med en projektgruppe for hvert af de 3 delprojekter.	Er sat i gang pr. 1/9 2018	Afsluttes 31/12 2021
Voksne borgere med svær psykisk sygdom	6. Én borger – én fælles løsning	Forankres i én eller flere klynger.	Opstart i foråret 2019	Forventes primo 2020
	7. Tværsektorielt call-center	Der nedsættes en tværsektoriel arbejdsgruppe til at udarbejde modellen.	Opstart i foråret 2019 – kører i regi af fællesvisitation.	Afventer afklaring
	8. Initiativer for de mest udsatte borgere/patienter	Forankring i en eller flere klynger, der skal udvikle og afprøve modellerne.	Opstart i foråret 2019	Forventes ultimo 2019
	9. Udgående ambulante teams	Afholdelse af tværsektoriel læringsseminar/workshop med relevante fagfolk.	Afholdes i foråret 2019	Afventer afklaring i forbindelse med afholdelse af læringsseminar
Tværgående initiativer	10. IT og kommunikation på tværs	Nedsættelse af en tværsektoriel arbejdsgruppe.	Opstart i foråret 2019.	Forventes før sommerferien 2019

Regeringens oplæg til reform af sundhedsvæsenet

PRESSEMEDDELELSE

KL: Der skal investeres i udbygning af det nære sundhedsvæsen

Styrkelse af det nære sundhedsvæsen er en afgørende forudsætning for fremtidens velfærd. Regeringens udspil til en sundhedsreform peger i den rigtige retning. Men finansieringen skal følge med.

Hvis vi skal fremtidssikre vores fælles sundhedsvæsen, skal et langt større ansvar for borgernes sundhed forankres i kommunerne, og der skal være økonomi til opgaven. Borgerne skal i højere grad mødes af en sammen-tænkt sundhedsindsats, med udgangspunkt i borgernes nærmiljø uden for hospitalerne.

"Det nære sundhedsvæsen er her allerede og har været her længe. Kommunerne har oprustet markant på området til gavn for borgerne, men det er sket uden en samlet plan og medfølgende finansiering. Det har vi længe efterspurgt. Regeringens reformudspil indeholder en del af de elementer, der skal til for at styrke det nære sundhedsvæsen, men det kan kun lykkes, hvis kompetencer og økonomi følger med."

Sådan siger KL-formand Jacob Bundsgaard om regeringens sundhedsreform, "Patienten først – nærhed, sammenhæng, kvalitet og patientrettigheder", som blev præsenteret onsdag.

Selvom KL ofte tidligere har efterspurgt en plan for især de fremtidige kommunale opgaver på kronikerområdet, så står det ikke i udspillet klart, hvordan de mange nye opgaver skal finansieres.

"Vi kan ikke ud af regeringens oplæg se, om finansieringen er tilstrækkelig både nu og fremadrettet. Vi ser ind i en meget nær fremtid med en stor vækst i udgifterne på sundhedsområdet, så det er ikke bare et spørgsmål om at sikre finansiering her og nu, det er lige så vigtigt at forholde sig til det stærkt stigende udgiftspres. Det nytter ikke noget, at kommunerne efterlades på perronen med en kæmpe regning i fremtiden," siger Jacob Bundsgaard.

KL er især opmærksom på de meget store forskelle i alderssammensætning og sundhedsprofil på tværs af kommunerne.

"Der er helt afgørende, at vi kan få hele Danmark med, derfor er det en forudsætning for en kommende sundhedsreform, at der gennemføres den udligningsreform, som kommunerne længe har efterspurgt," siger KL's næstformand Martin Damm.

Dato: 16. januar 2019

Sags ID: SAG-2018-03500
Dok. ID: 2700740

E-mail: FRBE@kl.dk
Direkte: 3370 3154

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 1 af 7

KL understreger samtidig, at en væsentlig forudsætning for, at kommunerne kan løse opgaven er, at der er tilstrækkeligt med kompetent sundhedspersonale.

"Vi skal sikre, at alle landets kommuner har de medarbejdere, der skal til for at kunne løse opgaverne. Allerede nu har mange kommuner problemer med at rekruttere tilstrækkeligt med personale i sundheds- og ældresektoren. Det skal der findes løsninger på, hvis vi skal kunne løfte ambitionen for det nære sundhedsvæsen", siger Martin Damm.

"Vi ser ind i en fremtid, hvor der kommer markant flere borgere, der har behov for hjælp. Det kræver nærhed og sammenhæng i sundhedsvæsnen, hvis vi skal løse de meget store udfordringer, det vil give. Samtidig skal kommunerne tættere på de praktiserende læger, og de kommunale sundhedstilbud, som er afgørende for at vi kan lykkes med opgaven," siger Jacob Bundsgaard.

Regeringen foreslår 21 sundhedsfællesskaber omkring akutsygehusene.

"Det er vigtigt at vi får styrket det tværgående samarbejde og det er afgørende, at det er kommunalpolitikere, der har det politiske ansvar for de kommunale opgaver i det nære sundhedsvæsen. Det må vi nu vurdere om regeringens model kan sikre," siger Jacob Bundsgaard.

En vigtig del af reformudspillet er beslutningen om etablering og udbygning af kommunale sundhedshuse, som skal være ramme for kommunernes indsats på sundhedsområdet. Jacob Bundsgaard ser positivt på, at regeringen foreslår, at der skal være sundhedshuse i hele landet.

"Med opførelsen af supersygehusene har det hele tiden været nødvendigt med kommunale sundhedshuse. Sundhedshusene skal i samarbejde med egen læge fremover varetage mange af de funktioner, som lige nu kræver besøg på hospitalerne. Det vil give kommunerne mulighed for at hjælpe borgerne tæt på deres egen hverdag og det er dén vej, vi skal," siger Jacob Bundsgaard.

Regeringen har indkaldt kommuner og øvrige parter til møder i den kommende tid, hvor reformens indhold skal drøftes.

Dato: 16. januar 2019

Sags ID: SAG-2018-03500
Dok. ID: 2700740

E-mail: FRBE@kl.dk
Direkte: 3370 3154

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 2 af 7

Kort resume af de enkelte elementer i udspillet

Dato: 16. januar 2019

Sags ID: SAG-2018-03500

Dok. ID: 2700740

E-mail: FRBE@kl.dk

Direkte: 3370 3154

Weidekampsgade 10

Postboks 3370

2300 København S

www.kl.dk

Side 3 af 7

Finansiering

Nærhedsfond (se bilag 1 nedenfor om finansiering)

- Der afsættes en ny Nærhedsfond på 6 mia. kr. Midlerne skal løfte det kommunale sundhedsvæsen, men også almen praksis og sygehuse/akutberedskab.
- Midlerne skal anvendes til sundhedshuse (3 mia. kr. + lokal medfinansiering på 25 pct.). Økonomisk svagt stillede kommuner kan prioriteres gennem reduceret krav til egenfinansiering.
- Desuden skal midlerne gå til flere medarbejdere og styrkede kompetencer i det nære sundhedsvæsen som følge af kvalitetsplanen, herunder også understøttelse af styrket rådgivning fra sygehuse.
- Endelig skal midlerne anvendes til akutbiler, akutlægebiler, ambulanceberedskaber, ensartet landsdækkende akuthjælp (113) samt 100 hoveduddannelsesforløb i almen medicin i 2019 og 2020.

Målsætninger skal frigøre midler

- Målsætningen om at aflaste sygehusene for 500.000 ambulante behandlinger og 40.000 indlæggelser svarer til aktivitet for 2 mia. kr. frem mod 2025. De frigjorte midler skal sikre flere hænder og mere og bedre behandling i det nære sundhedsvæsen.

Løbende DUT-forhandlinger i forbindelse med overtagelse af nye opgaver

- Der lægges op til, at kommunerne kompenseres efter DUT-princippet i takt med, at kommunerne på sigt overtager nye opgaver. Kommunerne vil således som udgangspunkt blive DUT-kompenseret i forbindelse med nye opgaver og nye krav til eksisterende opgaver udover det der ligger i nærhedsfonden ovenfor.

Årlige økonomiaftaler og finanslovsforhandlinger

- Regeringen lægger op til, at øvrig finansiering aftales løbende i økonomiforhandlinger og finanslovsforhandlinger.

Udligning

- Der gennemføres som led i reformens implementering en afdækning af sundhedsreformens byrdefordelingsmæssige konsekvenser i regi af Økonomi- og Indenrigsministeriets Finansieringsudvalg med henblik på nødvendige justeringer af udligningssystemet.

Nærhedsfinansieringen

- Nærhedsfinansieringen (1,5 mia. kr. i 2019 – den tidligere "Løkke-pose") tilføres de fem sundhedsforvaltninger, når de erstatter regionerne i 2021. Puljen skal fortsat understøtte øget opgavevaretagelse uden for sygehusene, men midlerne tilføres ikke direkte til kommuner og almen praksis.
- Sygehusene har med nærhedsfinansieringen dog incitament til at finansiere/købe ydelser i kommuner eller hos praktiserende læger.

Dato: 16. januar 2019

Sags ID: SAG-2018-03500
Dok. ID: 2700740

E-mail: FRBE@kl.dk
Direkte: 3370 3154

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 4 af 7

Patientrettigheder - uddrag

- Patientrettigheder samles i én særlig lov, herunder også fritvalgsrettigheder ift. genoptræning, tandpleje, lægelig stofmisbrugsbehandling, alkoholbehandling mv.
- Flere patientvejledere lokalt på sygehusene får bedre kendskab til rettigheder og lokale tilbud i sundhedsfællesskabet. Desuden oprettelse af ét fælles patienttelefonnummer.
- Patientrettigheder skal overholdes ens i hele landet, "Sundhedsvæsen Danmark" følger op og sygehuse skal henvise til et konkret alternativt behandlingstilbud ved overskridelse af udredningsretten.
- Ret til to dages sygehuseophold til alle førstegangsfødende
- Udbredelse af patientrettigheder til speciallægeområdet (udvalg nedsættes)

Sammenhæng og sundhedsfællesskaber – uddrag

Sundhedsfællesskaber

- Sundhedsfællesskaberne har som udgangspunkt ikke en selvstændig beslutningskompetence. Den endelige beslutning træffes af de enkelte kommunalbestyrelserne i sundhedsfællesskabet og af den regionale sundhedsforvaltning.
- Sundhedsfællesskaberne består af et politisk niveau med bl.a. borgmesteren og den relevante udvalgsformand fra alle kommuner og et fagligt niveau med bl.a. en repræsentant for hver deltagende kommune. Formandskabet varetages af en repræsentant for akutsygehuset og sekretariatet varetages af sundhedsforvaltningen.
- Sundhedsfællesskaber skal sikre lokalt samarbejde om sundhed
- Udadvendte sygehuse skal bidrage med rådgivning og udredning.
- Sundhedsfællesskaberne skal være drivkraft for, at flere patienter får behandling i det nære sundhedsvæsen, hvor det samtidig sikres, at der følger penge med, når kommunerne skal løse nye opgaver.
- Sundhedsfællesskaberne kan igangsætte projekter med fælles økonomi og fælles ledelse, ligesom man kan udbrede mellemkommunale samarbejder.
- Sundhedsfællesskaberne vil også gennem en ændring af sundhedsloven få adgang til at varetage opgaver, der er henlagt til anden myndighed (efter aftale med denne).
- Samarbejdet mellem sygehus og den enkelte kommune skal styrkes ved, at kommunerne skal etablere ét kontaktpunkt for al kontakt.
- Sundhedsfællesskaberne beslutter, på hvilke områder og i hvilken hastighed de vil arbejde med at gennemføre Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandards.

Dato: 16. januar 2019

Sags ID: SAG-2018-03500
Dok. ID: 2700740

E-mail: FRBE@kl.dk
Direkte: 3370 3154

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 5 af 7

Flere sundhedshuse og kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen

Nye moderne sundhedshuse

- Nye moderne sundhedshuse vil være et instrument til at samle kompetencerne og understøtte samarbejdet om den enkelte patient.

En ny kvalitetsplan fra Sundhedsstyrelsen skal styrke kvaliteten i det nære sundhedsvæsen

- Med den nationale kvalitetsplan sættes faglige standarder for almen praksis og kommunale sundhedsopgaver. Det vil danne grundlaget for, at det nære sundhedsvæsen kan løfte stadig flere opgaver ud af sygehusene.
- Kvalitetsplanen tænkes som et dynamisk værktøj, og udgangspunktet er, at kommunerne vil blive kompenseret (efter DUT-princippet) i det omfang planen stiller nye krav til kommunerne
- Kvalitetsplanen skal dels understøtte en udvikling af det eksisterende kvalitetsniveau i kommuner og almen praksis, dels løbende afklare forudsætninger for, hvordan en række opgaver fremadrettet hensigtsmæssigt kan varetages i det nære sundhedsvæsen frem for på sygehus med afsæt i det enkelte sundhedsfællesskabs udgangspunkt.
- Der vil allerede i 2019 blive udarbejdet faglige kvalitetsstandarder på områder, hvor kommunerne i dag varetager opgaver. I første omgang for kommunernes borgerrettede forebyggelsestilbud og generelle forebyggelses- og rehabiliteringstilbud til borgere i risiko for udvikling af fx KOL og diabetes.
- Ved udarbejdelsen af kvalitetsplanen vil KL og repr. fra kommunerne få en central rolle i arbejdet, ligesom faglige selskaber og organisationer vil blive inddraget.

Flere læger og sygeplejersker

Flere læger

- Almen praksis vil blive tilført 100 nye ydernumre frem mod 2025.
- Der skal etableres i alt 160 nye uddannelsesstillinger i almen medicin i 2019 og 2020.

Udvalg om almen praksis

- Et udvalg om almen praksis skal sikre, at lægerne får medindflydelse på udviklingen i sundhedsfællesskaberne. Det kræver ændringer i den nuværende beslutningsstruktur omkring almen praksis og overvejelser om samspillet mellem den nye organisering og overenskomstsyste

Flere sygeplejersker

- Optaget på sygeplejerskeuddannelsen skal i perioden 2019-2022 øges med i alt 2.000 sygeplejersker. Regeringen lægger op til at øge dimensioneringen på sygeplejerskeuddannelsen med minimum 150 pladser årligt frem til 2022.

Dato: 16. januar 2019

Sags ID: SAG-2018-03500
Dok. ID: 2700740

E-mail: FRBE@kl.dk
Direkte: 3370 3154

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 6 af 7

Øvrigt vedrørende kvalitet

- Sundhedsvæsen Danmark og staten får kompetence til at sikre mere ensartede, fælles løsninger for hele landet ift. bl.a. it, indkøb, akutområdet og højt specialiseret behandling.
- Etablering af feedback mekanisme, hvor sundhedsfællesskaberne årligt indsender rapport til sundhedsforvaltningen med gode, lokale løsninger. Sundhedsforvaltningerne afreporterer årligt til Sundhedsvæsen Danmark, som rapporterer videre til ministeren med henblik på evt. national udbredelse af løsningerne.

Særligt om data og digitalisering

- Sundhedsvæsen Danmark vil få en stærk styring ift. digitale løsninger og systemer, således at det sikres, at løsningerne virker nationalt på tværs af sundhedsvæsenet og kan udveksle data på tværs af sygehuse, almen praksis og kommuner. Krav fastsættes i dialog med en ny National bestyrelse for sundhedsdata og digital sundhed.
- Viden om det nære sundhedsvæsen skal forbedres i takt med, at opgaverne flyttes tættere på borgeren og kvalitetsdata skal bruges bedre på tværs af borgerens forløb.
- Regeringen vil overtage det samlede ansvar for indsamling og brug af data til kvalitetsudvikling og etablere en indgang til sundhedsdata (foranalyse igangsættes i 2019)

Særligt om akutområdet

- Etablering af 10-15 flere akutberedskaber i form af akutmøder og akutbiler til områder, hvor der er behov for at forbedre responstiderne, samt ét landsdækkende lægevagtnummer 113 til akut visitation og behandling (finansieres af Nærhedspuljen)
- Sikring af at den kommunale akuthjælp og de subakutte tider hos egen læge fremover tænkes ind i indsatsen alt efter, hvad der er bedst for patienten. Og at de akutte tilbud i kommuner og almen praksis bliver mere ensartede, når det kommer til organisering, kompetencer, opgaver og terminologi.

Bilag 1. Finansiering af nærhedsfonden

Dato: 16. januar 2019

Sags ID: SAG-2018-03500
Dok. ID: 2700740E-mail: FRBE@kl.dk
Direkte: 3370 3154Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København Swww.kl.dk
Side 7 af 7**Boks 9.2: Ny nærhedsfond på 6 mia. kr. 2020-2025 – finansiering**

- Direkte besparelser ved reformen (fra tre til to niveauer, reduceret administration mv.): **1,5 mia. kr.**
- Ny prioritering gennem finanslovaftaler for 2018 og 2019: **1,5 mia. kr.**
- Omlægning af finanslovpulje til sundhedshuse: **0,4 mia. kr.**
- Anvendelse af Danske Regioners formue: **0,3 mia. kr.**
- Prioritering inden for investeringsrammen: **2,3 mia. kr.**

I alt: 6 mia. kr.

*Det skal Nærhedsfonden finansiere; **6 mia. kr.***

- Nærhedsfond giver et løft på 6 mia. kr. 2020-2025. Midlerne kommer ud over de midler, der ellers afsættes til sundhedsområdet over de kommende år.
- Halvdelen af Nærhedsfonden målrettes byggeri af sundhedshuse – det svarer til 3 mia. kr. eller 500 mio. kr. årligt over de seks år fra 2020 til 2025, et markant løft af den nuværende pulje til sundhedshuse på 200 mio. kr. årligt.
- Rammen vil – ved en forudsat lokal medfinansiering på gennemsnitligt 25pct. – muliggøre byggeriet af fx 25 store, komplette sundhedshuse med flerlægepraksis, kommunale funktioner og udgående sygehusfunktioner herunder fx psykiatri, og omkring 100 moderne flerlægepraksisser gennem nybyggeri eller ombygning/udvidelser.
- Regeringen vil gøre fondsfinansieringen særligt fordelagtig for økonomisk svagt stillede kommuner, og vil målrette op til 150 mio. kr. til de særlige udfordringer i Københavns Kommune og Frederiksberg Kommune.
- Nærhedsfonden skal understøtte Kvalitetsplanen og løft af personale i kommuner og Almen Praksis. Midlerne er ud over de 60 mio. kr. 2018-2021 (10 mio. kr. årligt fra 2022), som regeringen har prioriteret til efteruddannelse af praksispersonale i almen praksis, herunder specialsygeplejersker.

JANUAR 2019

REGERINGEN

Patienten først – nærhed, sammen- hæng, kvalitet og patientrettigheder

“

Behandling må ikke afhænge af postnummer. Regeringen vil styrke sundhedsvæsenet, så behandlingen er af høj kvalitet i hele landet.

Indhold

Patienten først	5
Så langt er vi nået – udfordringer forude	11
Nærhed – flere patienter skal behandles tættere på hjemmet	13
Sammenhæng – mere sammenhæng og tryghed for patienten	16
Kvalitet – høj kvalitet i hele landet	18
Stærkere patientrettigheder	23
Enkel struktur og samlet retning – uden regionsråd	27
Vejen frem	40



Nye moderne sundhedshuse samler forskellige behandlingstilbud under samme tag. Her kan børnefamilier og andre få den hjælp, de har brug for.

Patienten først

I Danmark er vi fælles om at tage vare på hinanden, når sygdom rammer. Et stærkt offentligt sundhedsvæsen er en grundsten i vores velfærdssamfund. Det er vigtigt for alle borgere.

Siden 2001 har det danske sundhedsvæsen været gennem en rivende udvikling. Vi bruger flere penge på sundhed end nogensinde. Og vi får meget ud af pengene.

Ventelisterne er kortere. Behandlingerne er bedre. Flere overlever alvorlig sygdom. Tilliden til kræftbehandlingen er blevet genskabt, og vi har indført rettigheder, som sætter patienten i centrum.

Men der er fortsat store udfordringer i det danske sundhedsvæsen. Der er behov for mere nærhed, sammenhæng, kvalitet og stærkere rettigheder for

patienterne. Derfor tager regeringen nu de næste store skridt på sundhedsområdet.

For det første vil vi skabe flere og bedre sundhedstilbud tættere på borgerne. Regeringen vil etablere 21 nye sundhedsfællesskaber, som skal styrke samarbejdet mellem sygehuse, kommuner og de praktiserende læger.

For det andet vil vi styrke de nationale beslutninger. Vi vil sætte en klar retning for sundsvæsenet i hele Danmark, så patienternes rettigheder overholdes i hele landet, og alle borgere får sundhedstilbud af høj kvalitet.

En del af løsningen er at nedlægge regionerne, som vi kender dem i dag. Når administrationen forenkles, kan vi bruge flere ressourcer på patienterne.



Der er fortsat store udfordringer i det danske sundhedsvæsen. Der er behov for mere nærhed, sammenhæng, kvalitet og stærkere rettigheder for patienterne. Derfor tager regeringen nu de næste store skridt på sundhedsområdet.



Fremover skal mere behandling foregå i nye moderne sundhedshuse

Her samarbejder f.eks. praktiserende læger, sygeplejersker og andet sundhedspersonale om en behandling tættere på patienterne.



Vi vil kun ændre dér, hvor en ny organisering skaber et bedre sundhedstilbud. For langt de fleste medarbejdere vil deres arbejdsopgaver fremover ligne sig selv. Men sundhedspersonalet vil få større rum til at bruge deres faglighed og engagement til gavn for patienten.

Nærhed – flere patienter skal behandles tættere på hjemmet

I dag skal for mange mennesker på sygehuset for at få relativt ukomplicerede behandlinger eller kontroller – for eksempel behandlinger af lungesygdommen KOL eller kontroller af type 2-diabetes.

Det er besværligt for patienter og pårørende, som kan have lang vej til sygehuset. Og det belaster sygehusene og tager tid fra de mere komplicerede behandlinger.

Regeringen vil skabe et sundhedsvæsen, hvor borgerne bliver behandlet så tæt på deres hjem, som det er muligt uden at gå på kompromis med kvaliteten. Det, der ikke er svært, skal være nært.

Samtidigt skal mere tages i opløbet, så en udmattende indlæggelse på sygehuset kan undgås. Færre ældre medicinske patienter skal forbi sygehuset. Unge psykisk sårbare skal have hjælp, inden de udvikler mere alvorlige psykiske lidelser.

Vores mål er, at patienterne skal undgå 500.000 ambulante besøg på sygehuset, fordi flere opgaver kan løses tættere ved hjemmet. Det er samtidigt vores mål at forebygge 40.000 indlæggelser for især ældre medicinske patienter.

Sundhedsreformen vil lette presset på vores sygehuse og sundhedspersonalet, når der i de kommende år bliver flere ældre borgere og flere med kroniske sygdomme. Det er med til at fremtidssikre vores fælles sundhedsvæsen.

Fremover skal mere behandling foregå i nye moderne sundhedshuse, hvor f.eks. praktiserende læger, sygeplejersker og andet sundhedspersonale arbejder sammen om den behandling, der er bedst for patienterne. Desuden skal sundhedspersonalet i kommunerne rustes til at løse flere opgaver.

Regeringen vil afsætte 6 mia. kr. i en *Nærhedsfond* til at styrke det nære sundhedsvæsen ekstraordinært. Det kommer ud over de midler, der ellers afsættes til sundhedsområdet over de kommende år. Nærhedsfonden skal blandt andet bidrage til flere moderne sundhedshuse og løfte kompetencer i kommuner og almen praksis.

Men nærhed må aldrig være på bekostning af kvalitet i behandlingen. Derfor skal vi bruge

sygehusene til det, de er bedst til – behandling, som forudsætter den erfaring, ekspertise og udstyr, som er på sygehusene. Hvis man er alvorligt syg – for eksempel med kræft eller en alvorlig psykisk lidelse – så er tryghed ikke at blive behandlet tæt på hjemmet, men af lige netop de læger, som har størst ekspertise og erfaring inden for præcis det felt. Sådan skal det fortsat være.

Mere sammenhæng og tryghed for patienten

Mange af de borgere, som har mest brug for overskuelighed og tryghed, oplever alt for ofte, at de enkelte dele af sundhedsvæsenet ikke hænger godt nok sammen. Den ene hånd ved ikke altid, hvad den anden gør.

Det kan være den ældre medicinske patient, som udskrives fra sygehuset, uden at det er koordineret med hjemmesygeplejen. Eller mennesket med psykiske lidelser, der henvises fra den ene instans til den anden og falder ned mellem systemerne.

De 21 nye sundhedsfællesskaber skal bygge bro og være et samarbejdsforum mellem sygehuse, praktiserende læger og kommune.

Den enkelte borger skal møde et sammenhængende sundhedsvæsen fra diagnose over behandling til genoptræning og kontrol. Med bedre overgange for ældre, der udskrives fra sygehuset. Bedre udveksling af relevante helbredsoplysninger og bedre muligheder for samarbejde om patienten på tværs i sundhedsvæsenet.

Det skal ikke være patientens ansvar at bære sin historie rundt i sundhedsvæsenet. Borgeren skal opleve at møde ét sammenhængende sundhedsvæsen.

Høj kvalitet i hele landet

Der er i dag for stor forskel på behandlingen og hjælpen, alt efter hvor man bor i landet. Nogle sygehuse, kommuner og praktiserende læger er gode til at undgå u hensigtsmæssige indlæggelser og genindlæggelser af borgerne. Andre halter efter. Og de gode eksempler bliver ikke spredt hurtigt nok.

Regeringen vil styrke sundhedsvæsenet, så behandlingen er af høj kvalitet i hele landet.

Den politiske retning for sundhedsvæsenet skal fastsættes nationalt. Der er behov for en klarere retning for udviklingen af sundhedsvæsenet i hele landet og for et større fokus på fælles løsninger og samarbejde.

En *ny national kvalitetsplan* skal løfte kvaliteten i det nære sundhedsvæsen. Den peger samtidig



Den enkelte borger skal møde et sammenhængende sundhedsvæsen

Et sundhedsvæsen der taler sammen fra diagnose over behandling til kontrol og genoptræning.





En ny national kvalitetsplan peger på områder, hvor det giver mening, at behandlingen flytter ud af sygehusene og tættere på borgeren.



på områder, hvor borgerne kan få en del af deres behandling tættere på eller i hjemmet i stedet for på sygehuset.

Den nationale kvalitetsplan omfatter i første omgang de ældre medicinske patienter og de store kroniske lidelser som lungesygdommen KOL og type 2-diabetes, hjertekarsygdomme, muskel-skelet-lidelser samt angst og depression. Sundhedsfællesskaberne skal aftale, hvordan den nationale kvalitetsplan skal gennemføres lokalt.

En ny national myndighed – *Sundhedsvæsen Danmark* (placeret i Aarhus) – skal være en drivkraft for at udvikle sundhedsvæsenet i hele landet og koordinere opgaver, der løses bedst i fællesskab.

Stærkere patientrettigheder

Vi har i Danmark nogle af de stærkeste patientrettigheder i verden. Patienterne har ret til at blive undersøgt, behandlet og genoptrænet inden for bestemte frister. Rettighederne er bygget op gennem en årrække.

Regeringen vil udvide patientrettighederne til at gælde hos de *praktiserende speciallæger*, så man også her kan få hurtig udredning og behandling som på sygehusene. Som et første skridt på vejen vil regeringen søge at give patienterne hurtigere adgang til den første konsultation inden for udvalgte specialer, f.eks. øre-, næse- og halslæger, gynækologer, hudlæger samt børne- og ungdomspsykiatere.

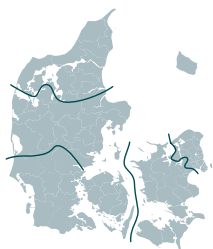
Patientrettighederne har kun værdi, hvis de bliver overholdt. Det sikrer regionerne ikke altid i dag. Patienterne og de pårørende skal også kende deres rettigheder bedre. Regeringen vil sikre, at patientrettighederne overholdes i hele landet, og vi vil styrke vejledningen til patienterne.

Patienter har ret til hurtig udredning og behandling af sygdom. Men patientens rettigheder bliver ikke overholdt lige godt i alle dele af landet. Det skal der rettes op på.





5 nye sundhedsforvaltninger
– der får samme geografiske
inddelinger som de fem
regioner i dag.



En mere enkel struktur – uden regionsråd

Ansvar for vores sundhedsvæsen er i dag fordelt på tre politiske niveauer – stat, regioner og kommuner. Det giver til tider en uklar placering af ansvaret, og det besværliggør samarbejdet for de medarbejdere, der skal få det til at fungere i det daglige.

Regeringen ønsker, at borgerne fremover skal møde ét fælles sundhedsvæsen i Danmark med høj kvalitet, uanset hvor de bor. Derfor vil der ikke længere være behov for fem regionsråd med hver 41 medlemmer.

Regionerne har bidraget til at løfte kvaliteten og aktiviteten på sygehusene. Men der er flere opgaver, hvor der i dag ikke er tilstrækkelig koordination og fremdrift. Det gælder eksempelvis sygehusenes it-systemer, akutområdet, fælles indkøb og overholdelse af patientrettighederne.

Fem nye sundhedsforvaltninger – inden for samme geografiske område som de fem regioner i dag – skal i stedet stå for en professionel drift af vores sygehuse og fortsætte de gode resultater med styrket specialisering og gennemføre den nye sygehusstruktur. Sundhedsforvaltningerne skal i høj grad gennemføre nationale beslutninger, uden at disse skal være genstand for lokale politiske uenigheder.

Sundhedsforvaltningerne skal kun fokusere på sundhedsopgaver. De opgaver i regionerne, som ikke hører naturligt sammen med sundhed, flyttes til kommunerne og staten. Det er blandt andet miljø, trafik og kultur. Med den nye organisering kan vi styrke indsatsen mod de såkaldte generationsforureninger, som er de største jordforureninger i Danmark.

Sundhedsreformen frigør ressourcer til patientbehandlingen. Der er en direkte besparelse ved at nedlægge regionsrådene, og ved at nogle opgaver uden for sundhedsområdet falder bort. Samtidig bliver det muligt at løse en række administrative opgaver bedre end i dag.

Herudover vil der blive behov for løbende at tilføre betydelige midler til sundhedsområdet. Det skyldes blandt andet, at vi i de kommende år bliver flere ældre borgere.

Regeringen vil gerne ansætte mere sundhedspersonale. Men der er stort set ikke en arbejdsløs sygeplejerske i dagens Danmark. Derfor er vi nødt til at sætte ind flere steder for at få det personale, der er brug for. Blandt andet ved at uddanne flere sygeplejersker. Optaget er i årene 2015-2018 øget med samlet 1.310 i forhold til 2011-2014. Regeringen ønsker at øge dimensioneringen af sygeplejerskeuddannelsen yderligere med minimum 150 pladser årligt frem mod 2022. Det betyder, at optaget i 2019-2022 øges med i alt 2.000 flere sygeplejersker.

Vejen frem

Regeringen vil indbyde relevante organisationer, foreninger mv. for at høre deres synspunkter om regeringens udspil.

Regeringen vil herefter indbyde de politiske partier til forhandlinger om sundhedsreformen. Målet er at indgå en politisk aftale i foråret 2019. Herefter skal der igangsættes et grundigt arbejde med at forberede lovgivningen og omstillingen. Den nye organisering af sundhedsvæsenet træder i kraft 1. januar 2021.

I den nye organisering skal sundhedspersonalet være med til at videreudvikle vores sundhedsvæsen.

Dygtige medarbejdere på vores sygehuse, i kommunerne og hos de praktiserende læger er kernen i vores sundhedsvæsen og skal gennemføre reformen i hverdagen. Reformen vil give sundhedspersonalet nye muligheder for at bruge og udvikle deres faglige kompetencer og for at samarbejde i et mere sammenhængende sundhedsvæsen.

Det er vigtigt for regeringen at give medarbejderne stabile og trygge rammer for at udføre deres arbejde. Sygeplejersker, læger, social- og sundhedsassistenter, lægesekretærer og alle de andre medarbejdere i sundhedsvæsenet skal fortsat kunne give en god behandling og pleje til patienter og borgere.



Regeringen vil give sundhedspersonalet nye muligheder for at bruge og udvikle deres faglige kompetencer og for at samarbejde i et mere sammenhængende sundhedsvæsen.

Det betyder sundhedsreformen

Nærhed, sammenhæng, kvalitet og patientrettigheder

➔ Nærhed

Flere patienter skal behandles tættere på hjemmet

Flere ukomplicerede behandlinger skal udføres af ens egen læge eller af det kommunale sundhedspersonale.

- Målsætning om 500.000 færre ambulante besøg og 40.000 færre indlæggelser på sygehuset frem mod 2025.
- Nærhedsfond på 6 mia. kr. skal løfte det nære sundhedsvæsen.
- Flere praktiserende læger.
- Flere moderne sundhedshuse med f.eks. praktiserende læger og andet sundhedspersonale.
- Mere sundhedspersonale og et kompetenceløft i kommuner og almen praksis.
- En national kvalitetsplan skal sætte faglige standarder for de nære sundhedstilbud.

➔ Sammenhæng

Mere sammenhæng og tryghed for patienten

Borgerne skal møde et sammenhængende sundhedsvæsen fra diagnose over behandling til genoptræning og kontrol.

- Bedre og mere trygge overgange for patienten – f.eks. efter udskrivning fra sygehuset.
- Væk med lovbarrierer, der forhindrer samarbejde på tværs.
- Nemmere adgang for patienterne til hjælpemidler mv.
- Bedre udveksling af relevante helbredsoplysninger.

➔ Kvalitet

Høj kvalitet i hele landet

Regeringen vil styrke den nationale retning for sundhedsvæsenet, så borgerne oplever høj kvalitet over hele landet.

- Gode løsninger skal spredes hurtigere til hele landet.
- Bedre koordinering af it-systemer.
- Enkel og tryk adgang til akuthjælp i hele landet – bl.a. et nyt landsdækkende lægevagtnummer 113 ved ikke-livstruende sygdom samt flere ambulancer, akutbiler og akutlægebiler i områder med størst behov.
- Forpligtende nationalt samarbejde om de højt specialiserede behandlinger.

➔ Patientrettigheder

Stærkere patientrettigheder

Regeringen vil udbrede patienternes rettigheder, og vi vil sikre, at de eksisterende rettigheder om hurtig udredning, behandling og genoptræning bliver respekteret i hele landet.

- Hurtigere adgang til speciallæge.
- Sygehuset skal oplyse patienten om et andet behandlingstilbud.
- Bedre vejledning om patientrettigheder og et fælles patientnummer.
- Patienternes rettigheder skal respekteres i hele landet.
- Ret til to dages ophold på sygehuset for førstegangsfødende.
- Flere muligheder for eksperimentel behandling ved livstruende sygdom.

Ændret organisering

Reformen medfører en ændret organisering

- Den overordnede politiske retning for sundhedsvæsenet fastsættes nationalt. En årlig udviklingsplan skal udstikke retningen for sundhedsvæsenet.
- En ny national myndighed – *Sundhedsvæsen Danmark* (placeret i Aarhus) – skal være en drivkraft for at udvikle sundhedsvæsenet i hele landet og koordinere tværgående løsninger.
- Fem nye sundhedsforvaltninger overtager regionernes sundhedsopgaver – med samme geografiske inddelinger som de nuværende fem regioner. Regionsrådene nedlægges.
- Sygehusene skal fortsat løfte de mest specialiserede behandlinger, og de får en mere udadvendt rolle over for kommuner og praktiserende læger.
- 21 nye sundhedsfællesskaber skal styrke det lokale samarbejde om sundhed.
- Opgaver i regionerne uden for sundhedsområdet bortfalder eller overføres til stat eller kommuner (bl.a. miljø, trafik og kultur).
- Administrative besparelser prioriteres til patienterne (Nærhedsfonden).

Så langt er vi nået

Der bruges flere penge på sundhed end nogensinde. Det har bidraget til kortere ventelister og øget kvalitet. Flere overlever alvorlig sygdom, og tilliden til behandlingen på kræftområdet er blevet

genskabt. Der er samtidig indført rettigheder, som sætter patienten i centrum, uanset om sygdommen er fysisk eller psykisk.



Vi har forbedret det danske sundhedsvæsen markant.

50 mia. kr. investeres i supersygehuse

Vi investerer næsten 50 mia. kr. i nye og moderniserede supersygehuse



2010

2025

48 mia. kr. mere på sundhed mv.

Løft til sundhed og ældre mv. (stat, regioner og kommuner)

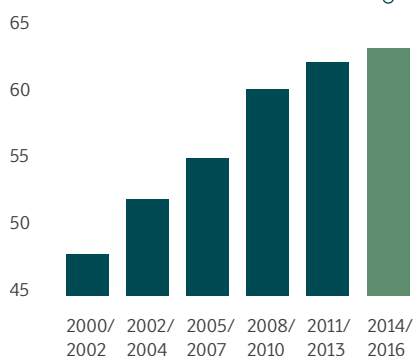


2001

2017

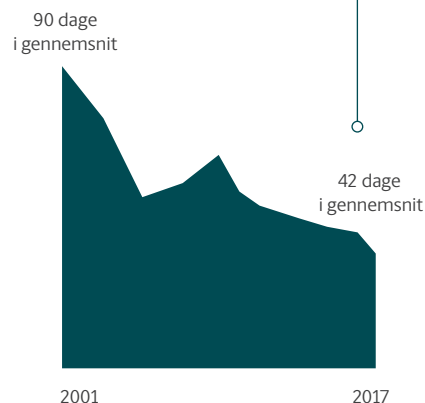
Flere overlever kræft

Sandsynligheden for at overleve kræft efter 5 år er steget fra 48 pct. til 63 pct.



Ventetid er faldet med 48 dage

Ventetiden til sygehusoperationer er faldet med 48 dage siden 2001



Udfordringer forude

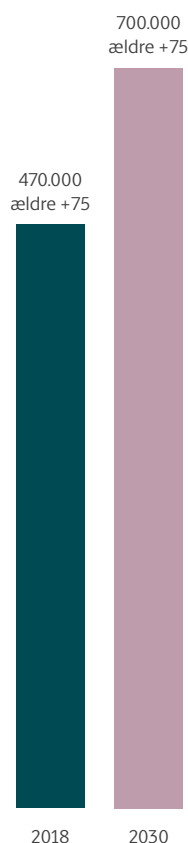
Sundhedsreformen skal være med til at forhindre, at vores sygehuse og sundhedspersonalet kommer under yderligere pres, når der i de kommende år bliver flere ældre borgere og flere

med kroniske sygdomme. Det er ikke nok at gøre "mere af det samme" eller alene at ansætte mere sundhedspersonale på vores sygehuse.



Vi bliver mange flere ældre og flere med kronisk sygdom.

230.000 flere ældre borgere
over 75 år i 2030



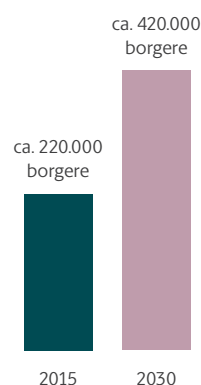
Sygehusene kan komme under pres

Med flere ældre og flere borgere med mindst én kronisk sygdom kan vores sygehuse komme under pres. Det tager vi nu hånd om. Flere opgaver skal fremover løses i det nære sundhedsvæsen.



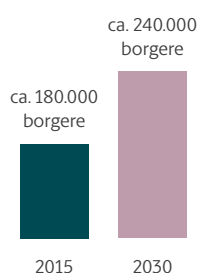
200.000 flere med type-2 diabetes

Forventet i 2030



60.000 flere med KOL

Forventet i 2030



Særligt ældre medicinske patienter
og mennesker med kroniske lidelser
vil få glæde af at kunne blive
behandlet tættere på hjemmet.



➔ Nærhed

Flere patienter skal behandles tættere på hjemmet

I dag skal alt for mange på sygehuset for mindre komplicerede sygdomme. Det er belastende for patienten og pårørende, der ofte skal rejse unødigt langt for behandling eller kontrol. Og det er en u hensigtsmæssig brug af sygehusenes personale og ressourcer.

Regeringen vil skabe et sundhedsvæsen, hvor borgerne bliver behandlet så tæt som muligt på deres eget hjem uden at gå på kompromis med kvaliteten.

Her spiller landets omkring 3.500 praktiserende læger en nøglerolle. Når man er syg, går man ofte først til sin egen læge. De praktiserende læger vil fortsat være familiens primære og gennemgående behandler.

I fremtiden skal de praktiserende læger sammen med mere hjælpepersonale løse flere af de behandlinger og kontrolopgaver, som i dag foregår på sygehuset. Det kommunale sundhedspersonale skal også løse flere opgaver.

Målsætning om 500.000 færre ambulante besøg og 40.000 færre indlæggelser på sygehuset
Regeringens målsætning er, at patienterne frem mod 2025 skal undgå 500.000 ambulante besøg på sygehuset, fordi flere opgaver kan løses tættere ved hjemmet. Desuden vil regeringen forebygge 40.000 indlæggelser.

Det vil være til gavn for borgerne. Og sygehusene kan gøre mere af det, de er bedst til. Dermed vil reformen være med til at forebygge et pres på sygehusene.

Som en del af sundhedsreformen peger Sundhedsstyrelsen på patientgrupper, hvor det sundhedsfagligt giver mening at flytte opgaver fra sygehusene til egen læge og sundhedspersonalet i kommunen. Det vil især hjælpe mennesker med en eller flere kroniske sygdomme og ældre medicinske patienter.

Ny viden og ny teknologi betyder, at stadig flere behandlinger kan foregå i eller tættere ved hjemmet. Patienterne vil ofte beholde en tilknytning til sygehuset, som står for en del af behandlingen.

I dag er der stor forskel på, hvor veludbyggede de nære tilbud er rundt om i landet. For eksempel er nogle praktiserende læger bedre til at løfte behandlingen af KOL- og type 2-diabetespatienter selv, mens andre henviser de fleste af deres patienter til sygehuset.

Regeringens målsætning forudsætter en omstillingsproces over en årrække. Det er ikke nok at gøre "mere af det samme" eller blot ansætte mere sundhedspersonale på vores sygehuse. Vi skal styrke de lokale sundhedstilbud. Så flere får det fornødne udstyr og tilstrækkelige sundhedsfaglige kompetencer. Det er rettidig omhu.

Flere moderne sundhedshuse

Regeringen vil afsætte 6 mia. kr. i en Nærhedsfond i 2020-2025 for at udvikle og styrke det nære sundhedsvæsen. Nærhedsfonden skal blandt andet bidrage til at forbedre de fysiske rammer.



500.000

færre ambulante besøg på sygehuset.

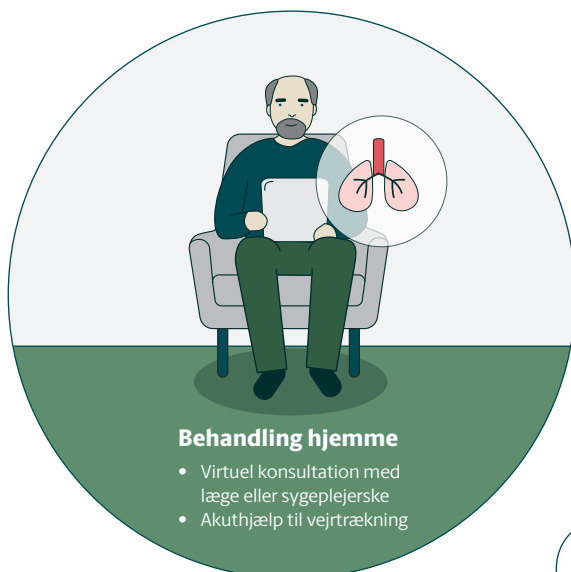
40.000

indlæggelser kan fremover undgås.



Eksempel på behandling
for en borger med KOL.

Borger med lunget sygdommen KOL



Behandlingen foregår i eller tæt på hjemmet

Det gør det lettere for KOL patienten at få behandling, som samtidig foregår i trygge rammer



Behandling i sundhedshus

- Rygestopkursus
- Træning hos fysioterapeuten
- Lægetjek
- Lungefunktionsmåling

Regeringen vil have flere moderne sundhedshuse, hvor f.eks. læger, sygeplejersker, laboranter, jordemødre og andre faggrupper kan samarbejde om den behandling, der bedst for den enkelte patient. Dermed kan patienterne få foretaget flere undersøgelser og behandlinger under samme tag. En hjertepatient kan både besøge sin egen læge og gå til genoptræning på samme dag. Og lægerne får mere tid til den lægefaglige patientbehandling.

6 mia. kr.

En ny nærhedsfond skal udvikle det nære sundhedsvæsen.

Flere praktiserende læger

Sundhedsreformen vil give de praktiserende læger en endnu større rolle. Derfor er der også behov for at uddanne flere speciallæger i almen medicin.

Regeringen har allerede øget antallet af hoveduddannelsesforløb i almen medicin med i alt 18 pladser i 2018-2020 som opfølgning på anbefalingerne fra lægedækningsudvalget. Herudover har regeringen med udspillet "En læge tæt på dig" ekstraordinært øget dimensioneringen fra 2019 med 30 hoveduddannelsesforløb i både 2019 og 2020 (i alt 60 ekstra pladser).

Med sundhedsreformen vil regeringen løfte antallet af uddannelsesstillinger med yderligere 100. Dermed vil vi øge dimensioneringen af almen medicin inden for den lægefaglige videreuddannelse med i alt 60 hoveduddannelsesforløb i 2019 og 100 forløb i 2020 (i alt 160 ekstra pladser). Til sammenligning blev uddannelsen løftet med 12 pladser fra 2011 til 2015. Samtidigt er det regeringens klare ambition, at satsningen på almen medicin skal fortsættes i den kommende dimensioneringsplan for 2021-2025.

Færre ture til sygehuset

KOL patienten slipper for ture til sygehuset, når behandlingen flytter tættere på.

U hensigtsmæssige indlæggelser kan undgås med forebyggende indsats i kommuner og hos egen læge.



Sygehus

- Større udredning og opfølgende kontakt

Mere sundhedspersonale og et kompetenceløft

Nærhedsfonden vil skabe mulighed for at ansætte mere sundhedspersonale og styrke kompetencer i kommunerne og almen praksis. Det skal understøtte, at kommunerne er fagligt rustet til at løfte flere sundhedsopgaver.

Dermed kan kommunerne ansætte flere sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, fysio- og ergoterapeuter, psykologer, diætister m. fl. Kommunerne kan blandt andet ansætte mere sundhedsfagligt personale på landets plejehjem.

En national kvalitetsplan skal sætte faglige standarder for de nære sundhedstilbud.

Regeringen vil løfte kvaliteten af de kommunale sundhedstilbud. Det skal ske med afsæt i en ny national kvalitetsplan. Kvalitetsplanen vil indeholde faglige standarder, så patienter, pårørende og sundhedspersonalet kan være trygge ved, at de nære sundhedstilbud har den fornødne faglige kvalitet.

De 21 nye sundhedsfællesskaber skal sikre lokalt samarbejde om sundhed.

Nærhedsfond på 6 mia. kr. skal løfte det nære sundhedsvæsen

Regeringen vil ekstraordinært afsætte 6 mia. kr. i en Nærhedsfond for at styrke det nære sundhedsvæsen. Nærhedsfonden skal udmøntes i perioden 2020-2025 på særligt fem områder:

- Moderne sundhedshuse med f.eks. praktiserende læger og andet sundhedspersonale.
- Mere sundhedspersonale og et kompetenceløft i kommuner og almen praksis.
- Flere ambulancer, akutbiler og akutlægebiler i de områder, hvor behovet er størst.
- Sammenhængende akuthjælp i hele landet med bl.a. et nyt landsdækkende lægevagt-nummer 113 ved ikke-livstruende sygdom.
- Flere uddannelsesstillinger i almen medicin.

Nærhedsfonden skal sætte en udvikling i gang, så de praktiserende læger og kommunerne gradvist opbygger kapacitet og kompetencer til at løse flere opgaver, som i dag foregår på sygehuset. For patienterne betyder det, at en større del af behandlingen kan foregå i trygge rammer i – eller tættere på – eget hjem, eksempelvis i nye moderne sundhedshuse.

Nærhedsfonden skal også medvirke til at skabe øget tryghed på akutområdet. Regeringen vil indsætte flere ambulancer, akutbiler og akutlægebiler for at nedbringe responstiderne i områder, hvor behovet er størst.

Regeringen vil herudover øge antallet af uddannelsesstillinger i almen medicin, så vi kan håndtere efterspørgslen efter alment praktiserende læger i de kommende år samt udfordringer med læger, der er på vej på pension.

De 6 mia. kr. i Nærhedsfonden kommer ud over de midler, der ellers afsættes til sundhedsområdet over de kommende år. Nærhedsfonden er blandt andet finansieret gennem penge reserveret på finansloven og besparelserne ved at nedlægge regionsrådene. Dermed er råderummet til offentligt forbrug fastholdt, så det kan prioriteres frem til 2025 inden for blandt andet sundhedsområdet.



I fremtiden vil vi kunne undgå mange indlæggelser og ambulante besøg på sygehuset.

Målsætning om 500.000 færre ambulante besøg og 40.000 færre indlæggelser på sygehuset

Flere patienter kan fremover modtage den nødvendige behandling i det nære sundhedsvæsen i stedet for på sygehusene. Og flere indlæggelser kan forebygges i patientens eget hjem.

En ny national kvalitetsplan peger på områder, hvor borgerne kan behandles tættere på hjemmet i stedet for på sygehuset. Det vil i første omgang omfatte **de store kroniske lidelser** som lunge-sygdommen **KOL** og **type 2-diabetes, hjertekar-sygdomme, muskel-skelet-lidelser** samt **angst og depression**. Det vurderes, at patienterne i 2025 kan undgå 500.000 ambulante besøg på

sygehuset, fordi det sundhedsfagligt giver mening at løse flere opgaver i eller tættere ved hjemmet.

Det vurderes, at vi samtidig kan forebygge 40.000 indlæggelser i 2025, hvis vi skaber bedre tilbud hos ens egen læge og hos kommunen. Især **ældre medicinske patienter** kan undgå lange udmattende indlæggelser.

Omstillingen vil aflaste sygehusene, så de får bedre tid til mere specialiserede behandlinger. Samtidigt vil regeringen styrke det nære sundhedsvæsen.

→ Sammenhæng

Mere sammenhæng og tryghed for patienten

For mange patienter bliver klemmt mellem systemerne. Det er uacceptabelt. Når borgerne slås med sygdom, skal de ikke samtidig kæmpe med systemer, hvor den ene hånd ikke altid ved, hvad den anden gør.

I dag er vores sundhedsvæsen for meget på de stærkes præmisser – de patienter, der selv har overskud til at følge op eller har pårørende med det overskud. Mens især ældre og svage borgere bliver tabt.

Borgeren skal opleve ét sammenhængende og trygt sundhedsvæsen. Det kræver, at sundhedspersonalet – dem på sygehuset, ens egen læge og hjemmesygeplejersken – kender hinandens tilbud og er i god løbende kontakt.

Bedre og mere trygge overgange for patienten

De 21 nye sundhedsfællesskaber skal skabe en ny ramme for samarbejdet mellem sygehuse, egen læge og kommuner til patientens bedste. De skal bygge bro mellem de forskellige dele af sundhedsvæsenet.

I sundhedsfællesskabet skal de fagprofessionelle aftale, hvordan patienternes overgange mellem sygehus, egen læge og kommunen kan gøres mere gnidningsfri, og hvordan flere patienter kan undgå en tur til sygehuset.

For nogle ældre medicinske patienter kan løsningen være et specialiseret team af sygeplejersker, der er med til at behandle patienten i eget hjem, efter at patienten er udskrevet fra sygehuset. Det har man for eksempel allerede i Esbjerg Kommune.

Mange bliver i dag indlagt for lidelser, som kan behandles lige så godt hjemme hos patienten. Navnlig ældre patienter kan undgå indlæggelser, hvis den praktiserende læge og hjemmesygeplejen arbejder sammen om behandlingen og inddrager sygehuset efter behov. Dermed kan patienten blive i sit eget hjem. Det er mere trygt – ikke mindst for mennesker med lidelser som demens, der kan opleve det som utrygt at skulle på sygehuset.

Sundhedsfællesskaberne skal også bidrage til, at der er en bedre kontakt mellem sygehuset og kommunerne. For mange fagprofessionelle er det et væsentligt problem, at sygehusets personale har svært ved at komme i kontakt med kommunerne og ikke kender kommunernes forskellige tilbud, når for eksempel en patient skal udskrives.

Væk med lovbarrierer, der forhindrer samarbejde på tværs

Den nuværende lovgivning er med til at skabe siloer og usammenhængende forløb for patienterne. For eksempel for de patienter, som både får hjælp fra socialpsykiatrien i kommunen og behandlingspsykiatrien på sygehusene. Derfor vil regeringen fjerne lovbarrierer for samarbejde på tværs af sektorer.

I Psykiatriens Hus i Silkeborg er medarbejdere i kommunens socialpsykiatri og behandlingspsykiatrien samlet under ét tag. Det har været med til at skabe bedre tværfaglige forløb for mennesker med psykiske lidelser, som ofte har svært ved at navigere i de sektoropdelte psykiatriske tilbud. Fordi Silkeborg Kommune forsøgsvist er

21

nye sundhedsfællesskaber skal skabe en ny ramme for samarbejdet mellem sygehuse, egen læge og ens kommune til patientens bedste.



Bedre overgange mellem sygehus, kommune og egen læge

Det skal det ikke være patientens ansvar at "bære" oplysninger fra den ene instans til den anden.



fritaget for nogle krav i lovgivningen, kan de 12 sengepladser i Psykiatriens Hus bruges fleksibelt på tværs af kommunens og regionens tilbud til psykiatriske patienter. Psykiatriens Hus er et eksempel på et samarbejde, som det er oplagt at udbrede flere steder.

Regeringen vil ændre sundhedsloven, så sundhedspersonalet kan samarbejde mere fleksibelt på tværs af sektorer. Dog må der ikke herske tvivl om, hvem der har ansvaret. Derfor skal det fortsat være sådan, at én myndighed har det fulde ansvar for opgaven.

Nemmere adgang for patienterne til hjælpemidler mv.

Nogle borgere har brug for hjælpemidler eller behandlingsredskaber som led i deres behandling eller for at afhjælpe en nedsat funktionsevne. Det kan f.eks. være en kørestol eller en kugledyne for at afhjælpe søvnproblemer for børn med ADHD.

Sundhedsfællesskaberne skal skabe en ramme, så sygehuse og kommuner bedre kan samarbejde om at stille hjælpemidler eller behandlingsredskaber til rådighed for borgerne. Det skal ikke være borgernes opgave at få afklaret, hvorvidt det er kommunen eller sygehuset, der betaler.

Bedre udveksling af relevante helbredsoplysninger

Et sammenhængende sundhedsvæsen forudsætter, at sundhedspersoner, der indgår i en patients forløb, har adgang til de samme relevante oplysninger om patientens tilstand, behandlinger, pårørende og næste skridt i forløbet. Det skal ikke være den enkelte patients ansvar at "bære" sine helbredsoplysninger videre fra den ene instans til den anden. Regeringen har i december 2018 fremsat lovforslag om bedre digitalt samarbejde i sundhedsvæsenet, som gør det lettere og mere sikkert at dele relevante oplysninger i patientens forløb.

Sammenhængsreformen – borgerne skal opleve én offentlig sektor

Sundhedsreformen er en del af Sammenhængsreformen, der skal skabe en bedre og mere sammenhængende offentlig sektor.

Med Sammenhængsreformen skal den offentlige sektor sætte borgeren først. Siloer skal nedbrydes, og der skal skabes sammenhæng på tværs af sektorer og fagområder i den offentlige sektor. Der skal ryddes op i unødige regler, krav og bureaukrati. Og der skal sikres mere frihed og tillid til medarbejderne.

Alt sammen for at skabe en offentlig sektor, der leverer den bedst mulige service til borgerne.

Sammenhængsreformen består af seks reformspor: Afbureaukratisering. Digital service. Helhedsorienterede indsatser. Unge. Ledelses- og kompetenceudvikling. Sundhed.

 Kvalitet

Høj kvalitet i hele landet



Regeringen vil styrke den nationale retning for sundhedsvæsenet, så borgere alle steder i landet får behandling af høj kvalitet.

I dag er der for store forskelle i sundhedstilbuddene, alt efter hvor man bor. Patienter i Region Nordjylland venter i gennemsnit 2½ uge længere på en operation, end man gør i Region Midtjylland. Nogle kommuner er bedre end andre til at hjælpe ældre medicinske patienter i hjemmet, så de slipper for en indlæggelse på sygehuset.

Regeringen vil styrke den nationale retning for sundhedsvæsenet, så borgere får behandling af høj kvalitet alle steder i landet.

Gode løsninger skal spredes hurtigere til hele landet

Et af problemerne i dag er, at de gode løsninger ikke spredes hurtigt nok over hele landet.

I Region Nordjylland har man indført et system, hvor KOL-patienter selv kan måle puls, blodtryk og iltmætning hjemme i sofaen. Patienten sender tallene via en tablet til kommunen eller sygehuset, som følger op, hvis der er behov. Det sparer alle for besvær. Først og fremmest patienten. Det har fungeret i Nordjylland siden 2015, og der er enighed om, at denne løsning skal udbredes til resten af landet. Alligevel er det stadig ikke sket.

I Region Midtjylland har man flyttet rehabilitering (genoptræning mv.) af patienter med hjertesygdomme ud af sygehusene og ind i kommunernes sundhedscentre. Hverdagen er lettere for borgeren. Flere møder op, og derfor er der flere, som overlever. Livskvaliteten stiger. Men denne løsning er heller ikke spredt godt rundt i landet.

Fremover skal der kunne stilles krav om brug af fælles nationale løsninger. En ny national myndighed Sundhedsvæsen Danmark får blandt andet til opgave at udbrede og skabe fremdrift for fælles løsninger på tværs af landet. Samtidig skal der med den nye nationale kvalitetsplan følges op på, hvad der virker og ikke virker i det nære sundhedsvæsen.

Bedre koordinering af it-systemer

Der er behov for bedre koordinering af it-systemer i sundhedsvæsenet. Erfaringer med anskaffelse af store it-systemer har vist et behov for øget fokus på fælles standarder.

Hver landsdel skal ikke opfinde sin egen “dybe tallerken”. Systemerne skal kunne tale sammen. Så sundhedspersonalet i større omfang kan samarbejde om at behandle patienterne.

Derfor skal der fremover sættes nationale standarder for it, som sundhedsforvaltninger og kommuner skal følge.

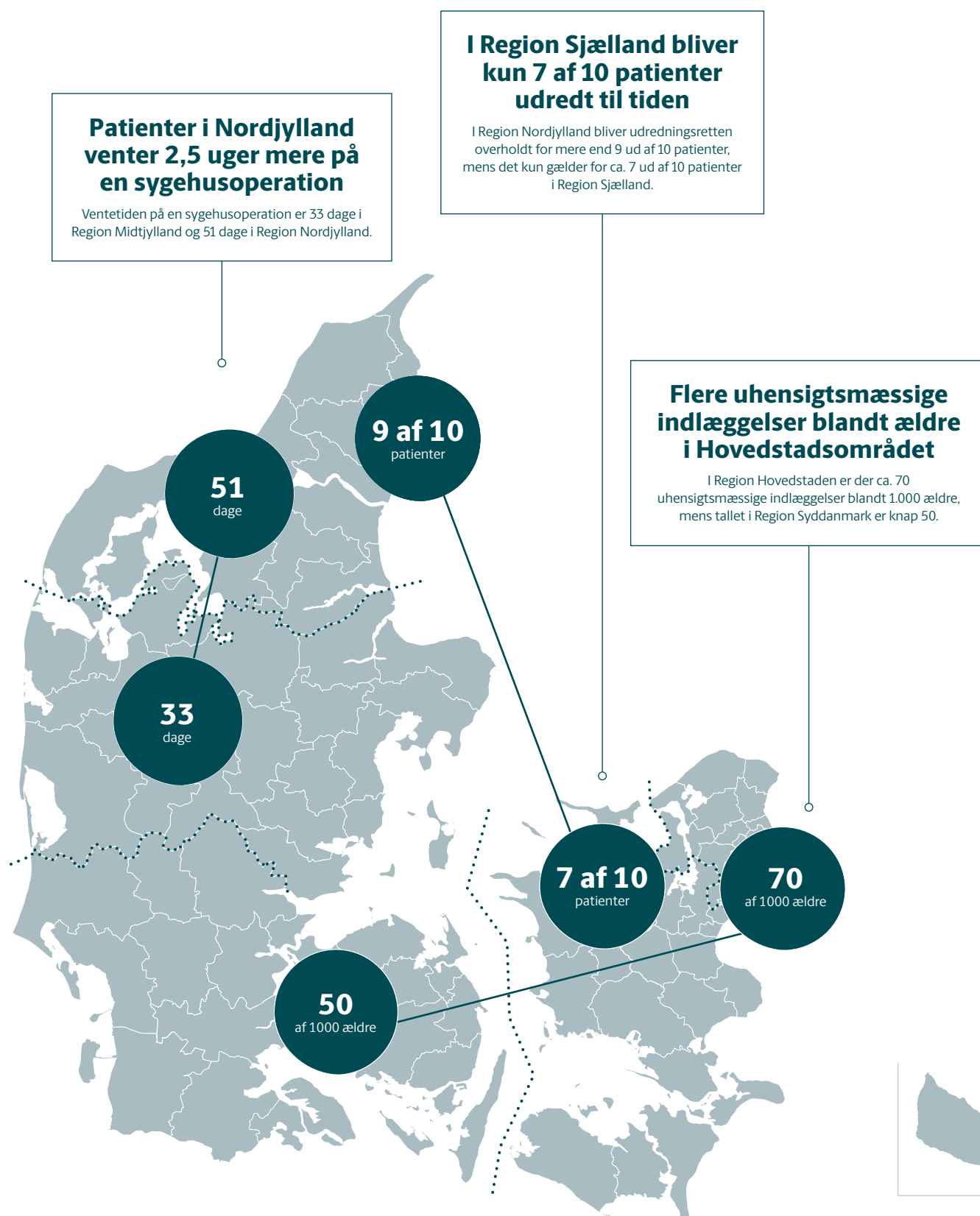
Den nye nationale myndighed Sundhedsvæsen Danmark skal udmønte de nationale retningslinjer, og de skal godkende nye større it-projekter i sundhedsforvaltningerne. Med det sigte at få et integreret system.

Sundhedsreformen vil skabe en stærkere organisatorisk ramme, som blandt andet skal forhindre, at der igen opstår de problemer med udrulningen af it-systemer, som brugerne af Sundhedsplatformen har oplevet.

For store geografiske forskelle

Danmark er et lille land, men alligevel er der ofte forskel på de sundhedstilbud, man tilbydes, alt efter hvor man bor i landet.

..... Regionsgrænser





Fremover skal der være ét landsdækkende lægevagtnummer 113 til den akutte hjælp ved ikke-livstruende sygdomme.



Enkel og tryk adgang til akut hjælp i hele landet

Borgerne skal kunne overskue, hvordan de får den rigtige hjælp, når de bliver ramt af akut sygdom eller kommer ud for en ulykke. I dag er de akutte tilbud organiseret forskelligt alt efter, hvor man befinder sig i landet, og hvad tid det er på døgnet. Det er ikke overskueligt og trygt nok.

Regeringen vil skabe et enstrengt og trygt akuttilbud i hele Danmark. Hvor indsatsen på tværs af sygehus, kommune og egen læge tænkes sammen med udgangspunkt i patientens behov. Og med ét landsdækkende lægevagtnummer 113 til den akutte hjælp ved ikke-livstruende sygdom eller skade. Man skal fortsat ringe 112, når der er akut livsfare. Sundhedsstyrelsen anbefalede i 2007, at der indføres et landsdækkende telefonnummer, som erstatter de nuværende indgange, men regionerne har ikke ført anbefalingen ud i livet.

Nærhedsfonden skal medvirke til at øge trygheden på akutområdet med blandt andet flere ambulancer, akutbiler og akutlægebiler i de områder, hvor behovet er størst.

Regeringen forventer, at allerede placerede beredskaber ikke flyttes i de kommende år, så der ikke sker forringelser af dækningen.

Forpligtende nationalt samarbejde om de højt specialiserede behandlinger

Øget specialisering på de danske sygehuse har betydet, at flere patienter overlever livstruende sygdomme. På de højt specialiserede områder findes de ypperste eksperter kun ganske få steder i landet.

I dag er vi ikke gode nok til at udnytte den samlede kapacitet på det højt specialiserede område. Det betyder, at patienter kan være nødt til at vente ét sted i landet, mens andre sygehuse har ledig kapacitet. Der er etableret flere samarbejder på tværs af regionerne, men regeringen ønsker at skabe et mere forpligtende nationalt samarbejde om de højt specialiserede behandlinger.

Fremover skal patienter med behov for højt specialiseret behandling ses som fælles patienter på tværs af sygehusene i hele landet, så udredning og behandling sker så hurtigt som muligt.

Klarere ansvar for at udvikle vores sundhedsvæsen

Ansvar for vores sundhedsvæsen er i dag fordelt på tre politiske niveauer – stat, regioner og kommuner. Det giver til tider en uklar placering af ansvaret og problemer med koordination og fremdrift.

Den primære sundhedssektor – de praktiserende læger og kommunerne – er ikke blevet udviklet i samme omfang som vores sygehuse.

Fremover skal den overordnede retning for sundhedsvæsenet fastsættes nationalt.

Sundhedsvæsen Danmark skal koordinere opgaver, der bedst løses i fællesskab for hele landet, og medvirke til at udvikle sundhedsvæsenet.

Enkel og tryk adgang til akut hjælp i hele landet

Alle i Danmark skal være trygge ved, at de får den nødvendige hjælp, hvis de bliver ramt af akut sygdom eller kommer ud for en ulykke. Det skal være nemt og overskueligt at komme i kontakt med sundhedsvæsenet, uanset om man har behov for en ambulance, lægevagten eller skal til et af landets 21 akutsygehuse.

I dag er der forskel på, hvordan den akutte hjælp er tilrettelagt, alt efter hvor man bor, og hvad tid det er på døgnet. Det giver ikke tilstrækkelig tryghed. Samtidig er der "sorte huller", hvor der er behov for kortere responstid. Regeringen foreslår blandt andet:

- Flere ambulancer, akutbiler og akutlægebiler i de områder af landet, hvor der er størst behov.
- Et nyt landsdækkende lægevagtnummer 113, som erstatter de nuværende indgange til akut hjælp ved ikke livstruende sygdom og skade, uanset hvor man befinder sig i landet. Det nye lægevagtnummer vil ikke erstatte 112, som fortsat skal bruges, når der er akut livsfare.
- Bedre sammenhæng i de akutte tilbud på tværs af sygehus, almen praksis og kommunen med udgangspunkt i patientens behov.

Sundhedsstyrelsen fremlægger anbefalinger på akutområdet i 2019, som regeringen vil følge op på. Sundhedsvæsen Danmark skal udvikle den nationale model for akutområdet i et samarbejde med de fem sundhedsforvaltninger.



Regeringen ønsker flere ambulancer, akutbiler og akutlægebiler i de områder af landet, hvor der er størst behov.



Det er ikke nok, at lovgivningen giver patienterne rettigheder. Patienterne skal også kende deres rettigheder.

➔ Patientrettigheder

Stærkere patientrettigheder

Patientrettighederne betyder, at sygehusene hurtigt skal tage hånd om patienterne. Når vi er syge eller har mistanke om sygdom, ønsker vi naturligvis at blive undersøgt for, hvad vi fejler, og få behandling hurtigt.

Patienternes ret til hurtig udredning og behandling er bygget op gennem en årrække. Og vi har i Danmark i dag nogle af de stærkeste rettigheder i verden.

VK-regeringen udvidede i 00'erne det frie sygehusvalg. Patienterne kan i dag vælge et privat sygehus og få betalt regningen, hvis ventetiden på de offentlige sygehuse er over 30 dage. Senest har patienter fået en reel ret til hurtig udredning og behandling i 2016 og ret til hurtig genoptræning efter sygehusindlæggelse i 2018.

Regeringen vil fortsætte opbygningen af stærke rettigheder for patienterne. Patienter i speciallægepraksis har ikke de samme rettigheder som patienter på sygehusene. Og nogle savner en hjælpende hånd, når de skal gøre brug af deres ret til et andet behandlingstilbud.

Der er også alt for mange, som slet ikke kender deres patientrettigheder, og patientrettighederne bliver ikke overholdt lige godt alle steder. Det skal vi gøre bedre. Stærkere patientrettigheder og bedre vejledning vil især være til gavn for de borgere, der har mindst overskud til selv at navigere i sundhedsvæsenet.



Stærkere patientrettigheder og bedre vejledning vil især være til gavn for de borgere, der har mindst overskud til selv at navigere i sundhedsvæsenet.



Flere patientvejledere skal placeres på sygehusene.

Dermed kan vejlederne bedre tage problemer i opløbet i dialog med patienter og pårørende.



Hurtigere adgang til speciallæge

I Danmark er der omkring 900 privat praktiserende speciallæger – f.eks. øjenlæger og psykiatere.

Regeringen vil give patienterne hos de praktiserende speciallæger nye rettigheder, så man også her kan få hurtig udredning og behandling som på sygehusene. Speciallægeområdet er imidlertid indrettet anderledes end det resterende sundhedsvæsen – og de eksisterende patientrettigheder kan ikke direkte overføres.

Derfor nedsætter regeringen et udvalg, som skal se på, hvordan vi kan udforme patientrettigheder på speciallægeområdet. Udvalget skal blandt andet vurdere, hvilke specialer der skal omfattes, og hvordan produktiviteten i speciallægepraksis kan forbedres.

Regeringen vil – som en trædesten frem mod en egentlig rettighed – søge at give patienterne en hurtig adgang til første konsultation inden for en række udvalgte specialer (f.eks. gynækologer og øre-, næse- og halslæger og hudlæger og børne- og ungdomspsykiatere).

Sygehuset skal oplyse patienten om et andet behandlingstilbud

I dag har patienter ret til et privat tilbud, hvis de skal vente mere end 30 dage, inden de kan blive behandlet på et offentligt sygehus. Patienten er i høj grad overladt til selv finde ud af, hvor man i stedet kan få behandling. Det kan ofte virke uoverskueligt, når man er ramt af sygdom.

Regeringen vil udbygge denne patientrettighed, så sundhedsforvaltningen får pligt til at hjælpe patienterne bedre på vej. Sundhedsforvaltningen skal oplyse navnet på et eller flere konkrete tilbud, hvor patienten kan blive behandlet hurtigere. Det er nemmere for patienten og fjerner en forhindring for patienternes udvidede frie valg.

Bedre vejledning om patientrettigheder og et fælles patientnummer

Det er ikke nok, at lovgivningen giver patienterne rettigheder. Patienterne skal også kende deres rettigheder.

Regeringen vil gøre det nemmere for patienterne at få overblik ved at samle patienternes rettigheder om hurtig udredning, behandling og genoptræning i en ny særskilt lov.

Patienter skal gennem et nyt fælles patientnummer nemt kunne få fat i deres lokale patientvejleder for at få råd og vejledning om deres rettigheder og muligheder som patient.

Samtidigt skal flere patientvejledere være til stede på sygehusene. I dag er patientvejlederne typisk placeret centralt på regionsgården. I Region Hovedstaden har man dog gode erfaringer med at have patientvejledere på sygehusene. Dermed kan vejlederne bedre tage problemer i opløbet i dialog med patienter og pårørende.

Patienternes rettigheder skal respekteres i hele landet

Patientrettighederne bliver i dag ikke overholdt lige godt i alle dele af landet.

I Region Nordjylland bliver udredningsretten f.eks. overholdt for mere end 9 ud af 10 patienter. I Region Sjælland sker det kun for 7 ud af 10 patienter. Rigsrevisionen peger på, at regionerne fortolker og bruger udredningsretten forskelligt. Det er ikke godt nok.

Regeringen vil sikre, at patientrettighederne respekteres i hele landet.

Sundhedsvæsen Danmark skal følge udviklingen løbende, så det bliver nemmere at overskue, hvem der gør det godt, og hvem i sundhedsvæsenet der har brug for en hjælpende hånd.

Regeringen vil undersøge, hvad der i dag konkret forhindrer borgeren i at vælge sygehus uden for egen region. Regeringen er parat til at foretage de ændringer, der er nødvendige, så patienterne frit kan bevæge sig på tværs af landets sygehuse.

Ret til to dages ophold på sygehuset for førstegangsfødende

At blive forældre til et barn er en glædelig, men stor omvæltning, som kræver trykke og rolige rammer for den fødende og hendes partner. Det gælder især for førstegangsfødende, som kan have brug for støtte og vejledning i deres nye rolle som forældre.

Regeringen vil give førstegangsfødende ret til to dages ophold på sygehuset eller patienthotel. Det skaber faste rammer og tryk, så familien kan få den rette støtte til at få gang i amning og svar på spørgsmål om pleje og omsorg.

Flere muligheder for eksperimentel behandling ved livstruende sygdom

Regeringen vil give patienter med livstruende sygdomme bedre mulighed for eksperimentel behandling. Det er behandling, hvor der ikke findes samme dokumentation for, at den virker, som for de behandlinger, der normalt gives.

Sundhedsstyrelsen har siden 2003 haft et rådgivende panel for eksperimentel behandling. Panelet vurderer, om der er mulighed for eksperimentel behandling i konkrete tilfælde, hvor de etablerede behandlingsmuligheder er udtømte for en patient med en livstruende sygdom.

En ny informationsindsats skal understrege, at panelet om eksperimentel behandling er til gavn for alle patienter med livstruende sygdomme.

Regeringen vil desuden oprette to nye centre for eksperimentel behandling inden for livstruende neurologiske sygdomme (f.eks. ALS og sklerose) og livstruende hjertesvigt. Det vil skabe bedre mulighed for at modtage eksperimentel behandling i det offentlige sundhedsvæsen, som det også er sket på kræftområdet, som led i Kræftplan IV.

Patientrettigheder

Forløb i sundhedssystemet i dag

Borger går til læge med symptomer og henvises til sygehus



Ret til udredning inden 30 dage hvis fagligt muligt – ellers mulighed for privat alternativ ^{1,2,3}

Udredning afsluttes og evt. sygehusbehandling starter



Påbegyndt behandling inden for 30 dage – ellers mulighed for at vælge privat alternativ ^{1,2,3}

Sygehusbehandling afsluttes



Ret til hurtig genoptræning inden 7 dage – ellers mulighed for at vælge privat alternativ ³

Borgeren er færdigbehandlet



¹ Frit valg af sygehus.

² Særlige regler om maksimale ventetider på kræftområdet og for visse hjertesygdomme.

³ Mulighed for at klage til Styrelsen for Patientklager, Sundhedsvæsenets disciplinærnævn mv. og mulighed for at søge erstatning for skade påført i sundhedsvæsenet mv.



Nye initiativer til bedre patientrettigheder

- Patientrettigheder udbredes til speciallægeområdet
- Sygehuset skal oplyse patienten om et alternativt behandlingstilbud
- Patienternes rettigheder skal respekteres i hele landet
- Patienten skal kende sine rettigheder med bedre vejledning og nyt patientnummer

Danmarks nye sundhedsvæsen

Ansvar for sundhed

- Hele Danmark
- Landsdele
- Lokalt



Regeringen

Skal udstikke den overordnede retning i samspil med Folketinget

- Årlig udviklingsplan for Sundhedsvæsen Danmark og de fem sundhedsforvaltninger
- Udpege bestyrelser
- Ansvar for udarbejdelsen af en kvalitetsplan
- Fastsætte de økonomiske rammer



Sundhedsvæsen Danmark

Skal koordinere tværgående opgaver

- Ansvar for kvalitetsløft i hele landet
- Akutområdet, it, indkøb
- Styrke overholdelse af patientrettigheder
- Overenskomster i sundhedsvæsenet

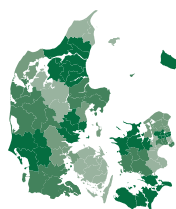


Fem sundhedsforvaltninger

Overtager regionernes driftsopgaver på sundhedsområdet

- Skal sikre en professionel drift af vores sygehuse
- Gennemføre nationale beslutninger og træffe egne lokale beslutninger
- Samme områder som de nuværende fem regioner
- Selvstændige bestyrelser

21 sundhedsfællesskaber



Skal bygge bro mellem sygehuse, kommuner og de praktiserende læger

- Fagprofessionelle skal arbejde tæt sammen
- Skabe bedre overgange mellem sygehus, kommune og egen læge
- Bringe sundhedstilbud tættere på borgerne
- Særligt ansvar for patienter med kroniske sygdomme og ældre medicinske patienter
- Patient- og borgerinddragelse



Enkel struktur og samlet retning – uden regionsråd

Det danske sundhedsvæsen har været gennem en rivende udvikling siden 2001.

Regeringen vil bevare det, som virker. Vi er f.eks. i gang med at bygge nye moderne supersygehuse med stærke faglige miljøer til gavn for patienten. Men vi vil ændre dér, hvor en ny organisering skaber et bedre sundhedstilbud for borgerne.

Lokalt vil vi skabe mere sammenhængende sundhedstilbud, som er tættere på borgerne.

Nationalt vil vi sætte en mere klar retning for det samlede danske sundhedsvæsen, så borgerne oplever høj kvalitet over hele landet.

Den nye organisering er enklere med to politiske niveauer i stedet for tre. Og med reformen sparer vi på administrationen. Dermed kan vi bruge flere ressourcer på patienterne.

De nye sundhedsforvaltninger skal alene fokusere på sundhedsopgaven. Derfor flyttes regionernes opgaver inden for miljø, kultur, uddannelse, sociale tilbud og kollektiv trafik til kommunerne eller til staten. Organiseringen af sygehusene på fem geografiske områder vil blive opretholdt.



Regeringen vil ændre dér, hvor en ny organisering skaber et bedre sundhedstilbud for borgerne. Men vi vil bevare det, som virker.

21 nye sundhedsfællesskaber som tovholder for nærhed og sammenhæng

Regeringen vil skabe en ny organisatorisk ramme for det lokale samarbejde på tværs af sundhedsvæsenet. Der er allerede i dag et samarbejde mellem sygehuse, praktiserende læger og kommuner. Men det er organiseret meget forskelligt og fungerer ikke lige godt alle steder.

Regeringen vil formalisere og udbygge samarbejdet i 21 nye sundhedsfællesskaber, som tilsammen dækker hele landet. Hvert sundhedsfællesskab skal bygges op omkring ét af de nuværende 21 akutsygehuse. Regeringen vil overveje eventuelle lokale forslag til en anden geografisk fordeling, hvor det fagligt giver mening.

Hovedopgaven for sundhedsfællesskaberne bliver at skabe sammenhængende forløb for patienterne og tilbud af høj kvalitet i borgernes nærmiljø. Borgeren skal opleve, at sundhedsvæsenet fungerer som et sammenhængende hele og ikke som adskilte siloer.

Sundhedsfællesskaberne skal bestå af repræsentanter fra områdets sygehuse, herunder psykiatrien, samt almen praksis og alle kommuner i området. Sundhedsfællesskaberne skal drøfte samarbejdsudfordringer, finde frem til konkrete fælles løsninger og bringe sundhedsvæsenet tættere på borgerne. En politisk overbygning for

hvert sundhedsfællesskab skal som udgangspunkt mødes kvartalstvist for at fastlægge den strategiske retning. Her vil kommunen være repræsenteret ved borgmesteren og den relevante udvalgsformand. Det vil sikre et lokaldemokratisk perspektiv på beslutningerne i det nære sundhedsvæsen.

Sundhedsfællesskaberne er samarbejdsfora, der skal arbejde for, at sundhedsvæsenet fremstår som et samlet hele i forhold til borgeren. Det vil fortsat være sygehuset, den praktiserende læge og det kommunale sundhedspersonale, som borgerne møder, når de har brug for hjælp.

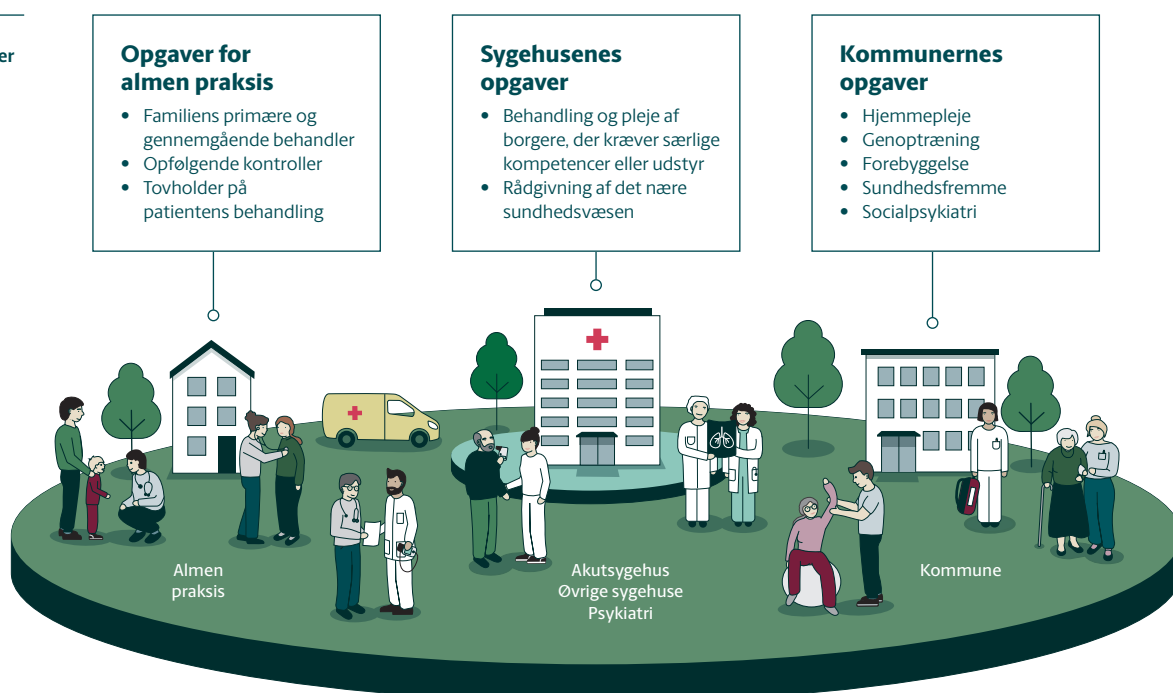
Sundhedsfællesskaberne skal skabe nærhed og sammenhæng

- Udvikle samarbejdet mellem sygehuse, praktiserende læger og kommuner
- Skabe bedre sammenhæng og overblik for patienterne
- Bringe behandlinger og kontroller tættere på borgerne
- Inddrage borgerne i udvikling af sundhedsområdet
- Følge op på nationale anbefalinger og lokale mål

Sundhedsfællesskaberne kan over tid få ansvar for flere opgaver.



21 nye sundhedsfællesskaber skal skabe et sammenhængende sundhedsvæsen tættere på borgeren.



Kort over de 21 sundhedsfællesskaber

-  Sundhedsfællesskaberne
 Grænser mellem sundhedsforvaltninger

Aktører i hvert sundhedsfællesskab

Almen Praksis

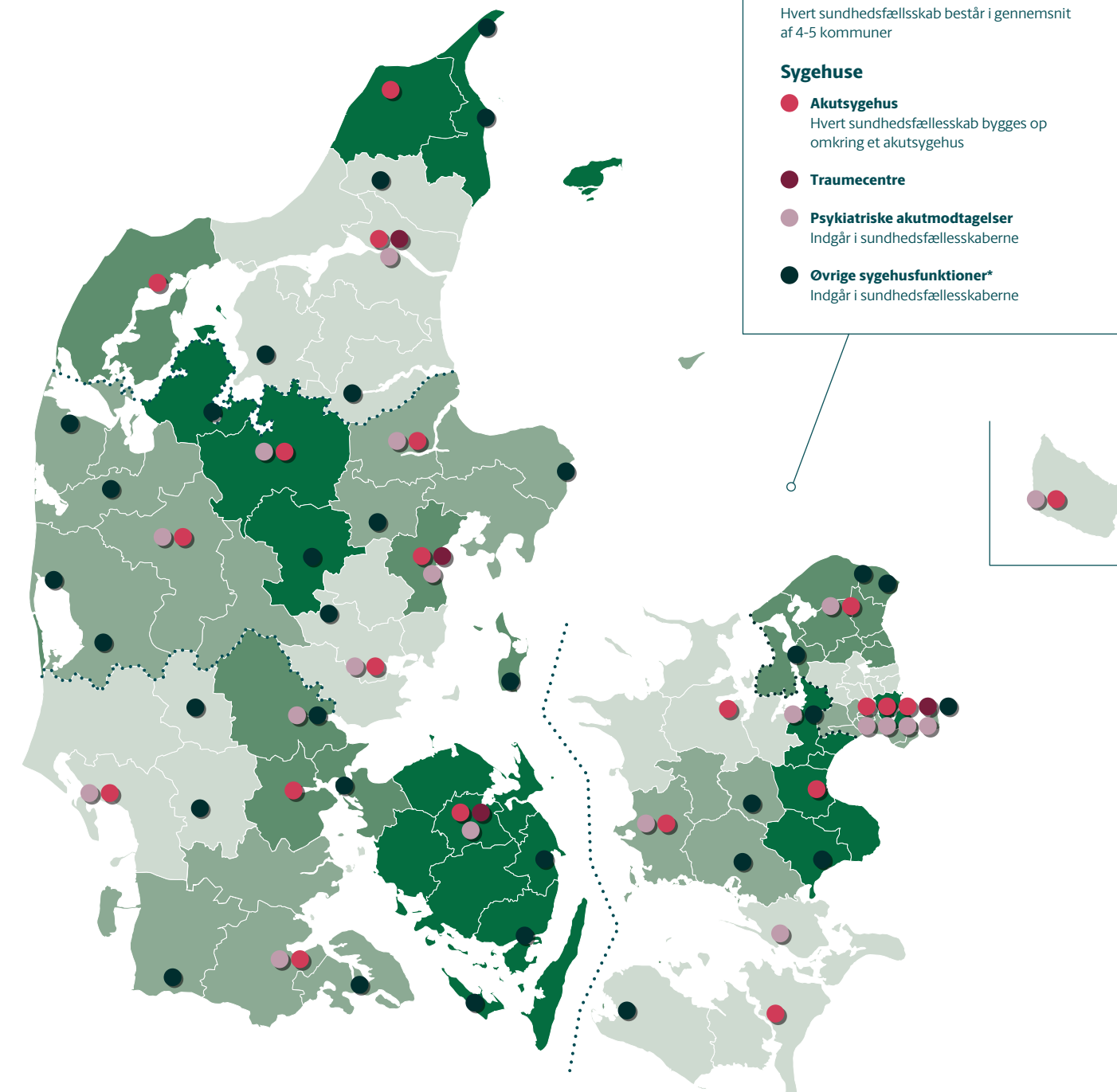
Hvert sundhedsfællesskab består i gennemsnit af 160-170 praktiserende læger

Kommune

Hvert sundhedsfællesskab består i gennemsnit af 4-5 kommuner

Sygehuse

-  **Akutsygehus**
Hvert sundhedsfællesskab bygges op omkring et akutsygehus
-  **Traumecentre**
-  **Psykiatriske akutmodtagelser**
Indgår i sundhedsfællesskaberne
-  **Øvrige sygehusfunktioner***
Indgår i sundhedsfællesskaberne



Akutsygehuse

Bispebjerg Hospital
Nordsjællands Hospital, Hillerød
Herlev Hospital
Hvidovre Hospital
Bornholms Hospital
Holbæk Sygehus

Sjællands Universitetssygehus, Køge
Nykøbing Falster Sygehus
Slagelse Sygehus
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg
Sygehus Lillebælt, Kolding

Odense Universitetshospital
Sygehus Sønderjylland, Aabenraa
Aarhus Universitetshospital
Regionshospitalet Herning, Hospitalsenheden Vest
Hospitalsenhed Midt, Viborg

Regionshospitalet Horsens
Regionshospitalet Randers
Aalborg Universitetshospital
Aalborg Universitetshospital, Thisted
Regionshospital Nordjylland, Hjørring

* Steder med én eller flere matrikler, hvor der bedrives offentlig somatisk og/eller psykiatrisk sygehusemæssig aktivitet pr. 1. januar 2018.

Regeringen vil oprette flere teams af akutsygeplejersker, der hjælper ældre medicinske patienter med en tryk overgang mellem sygehus og hjem.



Sundhedspersonalet skal samarbejde på nye måder

I sundhedsfællesskaberne kan man aftale nye former for lokale samarbejder. Og der findes allerede gode eksempler, som kan breddes ud flere steder.

I Esbjerg har et akutteam af sygeplejersker siden 2016 skabt mere smidige overgange for patienterne mellem sygehus og eget hjem. De 12 specialiserede sygeplejersker er under fælles ledelse af kommunen og det lokale akutsygehus. Akutteamet har særligt fokus på ældre medicinske patienter og patienter med demens. De færdes både på sygehuset og i borgernes hjem. De 21 nye sundhedsfællesskaber skal rundt i landet være en drivkraft for sådanne samarbejder.

Sundhedsfællesskaberne vil også få en vigtig rolle i at understøtte den palliative indsats (smertelindring) for eksempelvis de patienter, der ønsker at dø i eget hjem.

Personalet på sygehusene skal have en mere udadvendt rolle. De skal i højere grad yde rådgivning og udredning for de praktiserende læger og kommunerne, i takt med at flere opgaver skal løses uden for sygehusene. Det kan for eksempel være, at en patient bliver drøftet på et videomøde mellem en praktiserende læge og en speciallæge på sygehuset. Eller telemedicinske løsninger, hvor den kommunale sundhedsplejerske sender et billede af en patients sår til specialisten på sygehuset.

Forpligtende lokalt samarbejde

Samarbejdet i sundhedsfællesskaberne skal være meget mere forpligtende end det lokale samarbejde i dag. Regeringen vil holde sundhedsfællesskaberne op på deres resultater.

Medlemmerne af sundhedsfællesskabet skal være enige om de beslutninger, som de træffer. Det skal give et fælles ejerskab til løsningerne. Sundhedsfællesskabet skal komme med en indstilling, inden de endelige beslutninger træffes af de involverede parter – sundhedsforvaltningerne, kommunalbestyrelserne og almen praksis. Det gælder for eksempel, hvis sundhedsfællesskabet beslutter, at en opgave kan løses uden for sygehuset.

Patient- og borgerinddragelse

Regeringen vil give patienter og borgere bedre mulighed for at komme til orde. Der skal være adgang til at formidle erfaringer og synspunkter direkte til de relevante aktører: Sygehuse, praktiserende læger og kommuner.

Sundhedsfællesskaberne får til opgave at inddrage patienter, pårørende og borgere. Disse erfaringer kan bruges aktivt i sundhedsfællesskabernes

arbejde med at finde de bedste løsninger og skabe sammenhængende forløb for patienterne.

Sundhedsfællesskaberne kan f.eks. inddrage patienter og borgere gennem høringer, dialogmøder, fokusgrupper og egentlige brugerudvalg. Sundhedsfællesskaberne kan desuden løbende holde statusmøder med relevante foreninger, og de vil overtage dialogen med patientinddragelsesudvalget.

En national kvalitetsplan skal sætte faglige standarder

Regeringen vil sætte en national retning for udviklingen af det nære sundhedsvæsen. Det vil ske i en national kvalitetsplan fra Sundhedsstyrelsen. Kvalitetsplanen skal løfte de sundhedsfaglige kompetencer i det nære sundhedsvæsen.

Kvalitetsplanen peger desuden på områder, hvor det sundhedsfagligt giver mening, at en del af behandlingen finder sted tættere på borgerne i stedet for på sygehuset. Sundhedsstyrelsen peger på KOL, diabetes, hjertekarsygdom, muskel-skelet-sygdom samt angst og depression. Efterhånden kan flere patientgrupper komme til.

Kvalitetsplanen vil også understøtte, at færre borgere bliver indlagt på et sygehus for lidelser, som kunne være forebygget med en tidlig indsats – f.eks. dehydrering og blærebetændelse.

Det bliver en lokal beslutning i hvert sundhedsfællesskab, hvornår en opgave kan flyttes. Det forudsætter, at den fornødne kapacitet og kompetence er til stede i et lokalområde. Og at man har klare aftaler om finansiering, og "hvem der gør hvad" i samarbejdet om patienten. Indtil da bliver opgaven på sygehuset.

Kommuner og almen praksis skal i gang med at opbygge nye samarbejdsformer og ny kapacitet i et samarbejde med sygehusene. Derfor bliver kvalitetsplanen bygget op, så omstillingen forløber over en årrække, i takt med at flere opgaver kan løftes i det nære sundhedsvæsen.

Kvalitetsplanen vil indeholde faglige standarder, så alle kommuner lever op til en fælles kvalitetsstandard. Det skal blandt andet sikre, at kommunerne har de nødvendige faglige kvalifikationer, moderne udstyr mv.

Kvalitetsplanen skal understøttes af bedre data om indsatsen i det nære sundhedsvæsen. Det skal give borgere og sundhedspersonalet tryk for, at kvaliteten fastholdes, når opgaverne flyttes fra sygehusene.



Personalet på sygehusene skal i højere grad yde rådgivning for de praktiserende læger og kommunerne, i takt med at flere opgaver løses uden for sygehusene.



Sundhedsfællesskaberne skal inddrage borgere og patienter, så de direkte kan fortælle om deres erfaringer og synspunkter.

De praktiserende læger får en større rolle

Ens egen læge har en helt særlig rolle, når vi bliver ramt af sygdom. Mange har kendt deres egen læge i flere år, og ens læge sætter ofte en ære i at kende sine patienter. De praktiserende læger kender patienternes sygdomsforløb, og patienterne slipper dermed for at genfortælle deres historie.

De praktiserende læger behandler langt de fleste patienter, men har også ansvaret for at sende patienter videre i sundhedsvæsenet, når der er behov for det. Sundhedsreformen vil give de praktiserende læger en endnu større rolle.

Regeringen ønsker at uddanne flere speciallæger i almen medicin og skabe bedre fysiske rammer og større enheder. Det skal være med til at fremtids-sikre og modernisere almen praksis.

Det er et problem, at 70 pct. af landets lægepraksis allerede i dag har lukket for tilgang. En del af løsningen er at uddanne flere praktiserende læger ved at øge dimensioneringen for almen medicin.

Samtidigt ønsker regeringen flere sundhedshuse med både praktiserende læger og sygeplejersker og andre faggrupper tilknyttet, så lægerne får mere tid til den lægefaglige patientbehandling.

Regeringen vil med Nærhedsfonden på 6 mia. kr. skabe bedre fysiske rammer for det nære sundhedsvæsen. Midlerne kan f.eks. gå til nye bygninger, renoveringer og nyt udstyr i sundhedshuse og til kompetenceløft i kommuner og almen praksis. Fondens midler vil særligt blive målrettet kommuner, hvor behovet er størst. Regeringen vil målrette op til 150 mio. kr. til de særlige udfordringer med mange solopraksis i Københavns og Frederiksberg Kommune. Nærhedsfonden skal også medvirke til et kompetenceløft i almen praksis.

Med sundhedsreformen flyttes nogle opgaver fra sygehusene til blandt andet de praktiserende læger. Dermed vil der år for år komme flere penge ud i almen praksis. Den stigende aktivitet vil medføre en løbende opjustering af økonomiløftet og et behov for at oprette nye ydernumre (flere praktiserende læger). Når regeringens målsætning for omstillingen frem mod 2025 er opnået, vil det svare til i størrelsesordenen 100 nye ydernumre.

I de 21 nye sundhedsfællesskaber skal de praktiserende læger – sammen med sygehuse og kommuner – tage et større fælles ansvar for patienternes samlede behandlingsforløb.

Regeringen vil nedsætte et udvalg om almen praksis. Udvalget skal fremlægge forslag om 1) almen praksis' rolle i sundhedsfællesskaberne og 2) udviklingen i almen praksis frem mod 2030

Den praktiserende læge vil fortsat have en helt central rolle som patienternes primære og gennemgående behandler.

Opgaver i almen praksis

- Familiens primære og gennemgående behandler
- Udredning og afklaring af symptomer
- Tovholder på patientens behandling
- Opfølgende kontrol mv.

70%

Det er et problem, at 70 pct. af landets lægepraksis allerede i dag har lukket for tilgang.

“

Den praktiserende læge vil fortsat have en helt central rolle som patienternes primære og gennemgående behandler.

Sådan kan et sundhedshus se ud

Sundhedshusene samler flere faggrupper og en række behandlingstilbud under samme tag. De kan også være uden praktiserende læger.

Flere sundhedshuse

Regeringen ønsker at øge antallet af sundhedshuse. De skal være med til at flytte behandlinger fra sygehuse ud i lokalmiljøerne – tættere på borgerne. Sundhedshusets opgavesammensætning afhænger af, hvilke kompetencer der er til stede.

Sundhedshus

De praktiserende læger får mere tid til kerneopgaverne

De praktiserende læger undersøger og behandler langt de fleste patienter og har også ansvaret for at sende patienten videre i sundhedssystemet, når der er behov for det.

Mere tværfagligt samarbejde og opgaveglidning i moderne sundhedshuse vil aflaste lægerne, så de får bedre tid til deres kerneopgaver.

Patienterne får samlet behandlingen

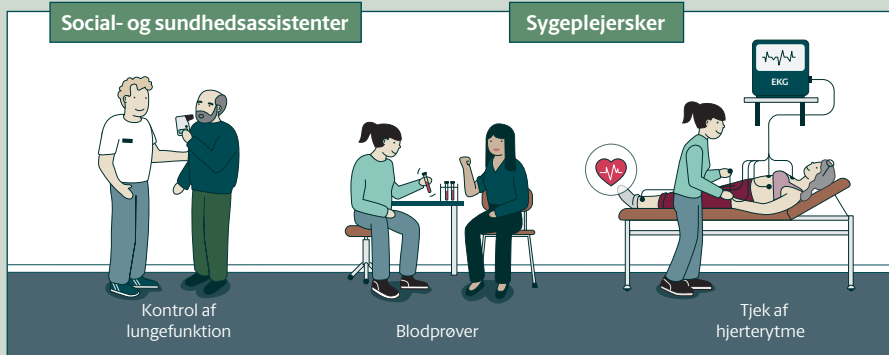
For eksempel kan en hjertepatient både konsultere egen læge, få taget blodprøver, gå til simple kontroller, få justeret medicin, gå til genoptræning m.v. under samme tag.

Praktiserende læger

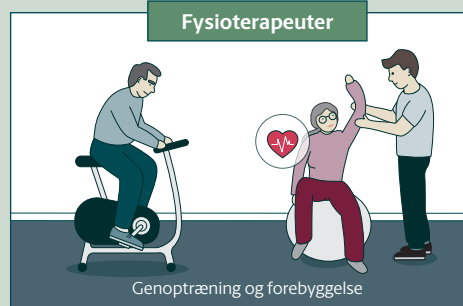


Social- og sundhedsassistenter

Sygeplejersker



Fysioterapeuter



Andre faggrupper:

- **Rygestopinstruktører:** Professionel hjælp fra en rygestopinstruktør samt individuelt forløb.
- **Diætister:** Rådgivning om diætbehandling af overvægt og uplanlagt vægttab.
- **Sundhedsrådgivere (f.eks. sygeplejersker):** Varetager f.eks. forebyggende samtaler om alkohol til borgere med et skadeligt alkoholforbrug og tilbud om sygdomsmestring.
- **Sundhedsplejersker:** Sundhedsfremme og forebyggelse til børn, unge og deres familier.
- **Kiropraktorer:** Diagnostisering, forebyggelse og kiropraktisk behandling af ryg, bækken, arme eller ben.
- **Psykologer:** Kan indgå i udredning og behandling af mennesker med psykiske lidelser samt behandling af stress og deltagelse i forebyggelse af mistrivsel.
- **Socialrådgivere:** Bidrager, hvor der er behov for en tæt koordination mellem sundhedsområdet, socialområdet, det sociale område og beskæftigelsesindsatsen.
- **Jordemødre:** Varetager jordemoderkonsultationer under graviditet og efter fødsel samt andre opgaver som f.eks. rådgivning om seksuel sundhed.
- **Bioanalytikere:** Kan tage blodprøver og forklare resultater af laboratorieundersøgelser.
- **Social- og sundhedsassistenter:** Kan udføre opgaver på delegation (medhjælp) af en læge og herigennem understøtte den lægefaglige og sygeplejefaglige opgaveløsning.

Kommunernes sundheds-tilbud skal give højere kvalitet til borgerne

Siden 2007 har kommunerne udbygget deres sundhedsfaglige opgaver som hjemmesygepleje, forebyggelse, misbrugsbehandling og genoptræning.

Men kommunerne griber opgaverne meget forskelligt an. Og ikke alle borgere får den bedst mulige behandling.

For eksempel er der forskel på antallet af uhenigtsmæssige indlæggelser og genindlæggelser. De ti kommuner, der klarer sig bedst, har 30 procent færre uhenigtsmæssige indlæggelser blandt ældre hjemmeplejemodtagere end forventet. De ti kommuner, der klarer sig dårligst, har 31 procent flere uhenigtsmæssige indlæggelser end forventet.

Derfor vil regeringen løfte kvaliteten af de kommunale sundhedstilbud. Det skal ske med afsæt i den nye nationale kvalitetsplan.

Regeringen afsætter med Nærhedsfonden penge til flere medarbejdere og et kompetenceløft i kommunerne.

Pengene kan blandt andet anvendes til at ansætte mere kommunalt sundhedspersonale. Det kan være flere sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, fysio- og ergoterapeuter eller andet sundhedspersonale. Nærhedsfonden skal også styrke efter- og videreuddannelse af sundhedspersonalet i kommuner.

Kommunernes sundhedsopgaver – eksempler

- Hjemmesygepleje
- Forebyggelse og sundhedsfremme
- Genoptræning
- Misbrugsbehandling
- Sundhedspleje
- Tandpleje (børn og ældre)

Sygehusene skal bruge kræfterne på det, de er bedst til

I disse år slår nye moderne supersygehuse dørene op landet over. Vi investerer i perioden 2010-2025 næsten 50 mia. kr. i nye og moderniserede sygehuse. Sundhedsreformen ændrer ikke ved den planlagte sygehusstruktur i Danmark. Højt kvalificerede og specialiserede sygehuse vil fortsat være kernen i det behandlende sundhedsvæsen.

Det har løftet kvaliteten, at vi har samlet de specialiserede behandlinger på sygehusene.

For eksempel var der i 1992 mere end 90 afdelinger, der udredte patienter med lungekræft. I dag er der godt 10 afdelinger. Det giver mulighed for ensartede udredningsforløb, moderne udstyr, større ekspertise – og langt højere kvalitet for patienten.

Specialisering har medvirket til, at kræftoverlevelsen er steget med 31 procent siden begyndelsen af 00'erne. Og antallet af dødsfald som følge af hjertesygdom er faldet med 47 procent.

Borgerne skal bruge sygehusene til det, som de er bedst til – behandling, som forudsætter den erfaring, ekspertise og det avancerede udstyr, som er på sygehusene. Det kan være operationer for kræft eller behandlinger for alvorlige psykiske lidelser for bare at nævne to områder.

Sundhedsreformen giver sygehusene en mere udadvendt rolle som faglige fyrtårne, der skal rådgive og vejlede de praktiserende læger og sundhedspersonalet i kommunerne.

Bedre nære sundhedstilbud vil også give specialisten på sygehuset større tryghed for, at indsatsen løftes, som man har aftalt, efter en patient er udskrevet fra sygehuset.

Samtidig skal sundhedsreformen være med til at forhindre, at vores sygehuse kommer under yderligere pres, når der i de kommende år kommer flere ældre og flere med én eller flere kroniske sygdomme.

Allerede i dag er der perioder med overbelægning på sygehusene. Det kan i værste fald gå ud over patienterne. Medarbejderne på sygehusene kan også føle, at deres tid og kræfter ikke slår til. Det er ingen tjent med – hverken patienter, pårørende eller sundhedspersonalet. Med sundhedsreformen skal flere behandlinger klares tættere ved eller i borgernes hjem.

Forskning og udvikling af nye innovative behandlingsmetoder vil fortsat være en kerneopgave i det danske sundhedsvæsen – ikke mindst på sygehusene.

Regeringen har omlagt den økonomiske styring på sundhedsområdet, så der bliver fokus på det nære sundhedsvæsen og sammenhæng for borgerne. For sygehusene har produktivitetskravet hidtil sat fokus på, hvor mange behandlinger mv. sygehusene udfører på et år. Fra 2019 er produktivitetskravet på sygehusene erstattet med en ny nærhedsfinansiering.

Moderne sundhedshuse giver bedre rammer for, at patienter f.eks. kan få genoptræning og andre sundhedstilbud under samme tag.





Sygehusene skal fortsat gøre det, de er bedst til. Fremover skal de i højere grad rådgive almen praksis og kommunerne om patientens behandling.

Regionerne omdannes til fem sundhedsforvaltninger

Sygehusene drives i dag af fem regionsråd, som hver har 41 medlemmer.

I den nye organisering bliver regionerne omdannet til fem nye sundhedsforvaltninger inden for de fem regioners eksisterende geografiske område.

Til at lede hver sundhedsforvaltning vil regeringen udpege en bestyrelse på seks personer, som skal have erfaring fra sundhedssektoren og stærke kompetencer inden for drift, anlægsprojekter og it. Ét af medlemmerne udpeges efter indstilling fra kommunerne, og ét medlem udpeges på baggrund af forslag fra patientforeningerne. Regeringen ønsker at udpege de fem nuværende regionsrådsformænd som formænd for bestyrelserne for de nye sundhedsforvaltninger i forberedelsesperioden og den første tre-års periode. Det skal skabe kontinuitet og bygge bro til den nye struktur.

De nye sundhedsforvaltninger skal sikre en professionel drift af sygehusene. De skal blandt andet gennemføre den nye sygehusstruktur og fortsætte de gode resultater med øget specialisering. De skal både stå for at gennemføre nationale beslutninger. Og de skal træffe lokale beslutninger, f.eks. om den konkrete tilrettelæggelse af ambulanceberedskabet, eller om bestemte operationer skal foregå på det ene eller det andet sygehus.

Sundhedsforvaltningerne overtager regionernes opgave på praksisområdet og skal sørge for, at alle har adgang til en praktiserende læge.

Sundhedsforvaltningernes bestyrelser skal systematisk arbejde med at inddrage borgere og patienter.

Opgaver i de fem sundhedsforvaltninger

- Driften af sygehuse
- Ambulanceberedskabet og den øvrige præhospital indsats
- Praksisområdet
- Deltagelse i lokale sundhedsfællesskaber
- Bestyrelsesformænd får plads i bestyrelsen for Sundhedsvæsen Danmark

En fælles national retning

Den nye organisering skal styrke den landspolitiske koordination af sundhedsområdet med flere fælles løsninger og mere ensartede sundhedstilbud på tværs af landet.

I dag er ansvaret for sundhedsvæsenet fordelt på flere politiske niveauer. Fremover skal den overordnede politiske retning for sundhedsvæsenet fastsættes nationalt.

Regeringen skal hvert år udstikke retningen for sundhedsvæsenet i en udviklingsplan til det nye Sundhedsvæsen Danmark og de fem nye sundhedsforvaltninger. Her fastlægges de overordnede prioriteringer på sundhedsområdet. Det gælder blandt andet den overordnede økonomiske ramme for Sundhedsvæsen Danmark og sundhedsforvaltningerne.

Desuden skal regeringen udpege bestyrelsen for Sundhedsvæsen Danmark og bestyrelserne for de fem sundhedsforvaltninger.

Der er behov for at styrke den nationale opgave med at sørge for sammenhængende digitale løsninger på tværs af sundhedsvæsenet og at anvende sundhedsdata til at skabe ny viden. Eksempelvis bliver ansvaret for Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) forankret på nationalt niveau.

Sundhedsstyrelsen vil med den nationale kvalitetsplan sætte en faglig retning for det nære sundhedsvæsen.

En fælles national retning

- National retning for sundhedsvæsenet
- En årlig udviklingsplan for Sundhedsvæsen Danmark og de fem sundhedsforvaltninger
- Udpege bestyrelser for Sundhedsvæsen Danmark og de fem sundhedsforvaltninger
- Overordnet planlægning på it- og dataområdet

Sundhedsvæsen Danmark skal koordinere fælles opgaver – f.eks. akuthjælp og it-projekter

En ny national myndighed *Sundhedsvæsen Danmark* skal være en drivkraft for udviklingen af sundhedsvæsenet.

På en række områder har der hidtil ikke været tilstrækkelig koordination og fremdrift, selvom der er gode grunde til at løse opgaverne i fællesskab. Her skal Sundhedsvæsen Danmark fremover koordinere.

For det første skal Sundhedsvæsen Danmark være med til at realisere regeringens ambitioner på det akutte område. Alle akutte patienter i Danmark skal have adgang til en ensartet, høj kvalitet i behandlingen døgnet rundt og i alle dele af landet.

For det andet skal Sundhedsvæsen Danmark godkende større it- og digitaliseringsprojekter i sundhedsforvaltningerne som led i en stærkere national styring af it- og dataområdet.

For det tredje er der behov for at styrke patientrettighederne, så de overholdes i alle dele af landet.

For det fjerde skal Sundhedsvæsen Danmark medvirke til at skabe et mere forpligtende nationalt samarbejde om de højt specialiserede behandlinger.

For det femte får Sundhedsvæsen Danmark kompetence til at beslutte forpligtende fælles indkøb. Det giver de bedste vilkår for køberne – de danske skatteydere. Regionernes samlede indkøb udgør i dag over 30 mia. kr. årligt (foruden sygehusmedicin).

Efterhånden kan der komme flere områder, hvor der er behov for en bedre national koordinering.

Sundhedsvæsen Danmark skal herudover være en drivkraft for udvikling og skubbe på sundhedsforvaltningerne for at løfte kvaliteten og sammenhængen. Det skal blandt ske ved erfaringsopsamling og ved at udbrede fælles løsninger.

Regeringen vil fastholde de fælles løsninger, som allerede eksisterer, blandt andet Amgros og Medicinrådet, som forankres hos Sundhedsvæsen Danmark.

Sundhedsvæsen Danmark skal samtidig sikre, at der fortsat er et særligt overenskomssystem for lønmodtagere og praksissektoren, som tager hensyn til forholdene i sundhedsvæsenet.

Sundhedsvæsen Danmark får en bestyrelse på elleve personer, som regeringen udpeger. I bestyrelsen vil indgå personer, der har erfaring med sundhedssektoren. Derudover udpeges ét medlem på baggrund af forslag fra patientforeningerne.

De fem bestyrelsesformænd for sundhedsforvaltningerne er fødte medlemmer. Det skal skabe sammenhæng mellem de fem sundhedsforvaltninger og det nationale Sundhedsvæsen Danmark, som derved får en lokal forankring.

Sekretariatet for Sundhedsvæsen Danmark skal ligge i Aarhus.



Sundhedsvæsen Danmark skal være drivkraft for udvikling og skubbe på sundhedsforvaltningerne for at løfte kvaliteten og sammenhængen.

Opgaver i Sundhedsvæsen Danmark

- Koordinere tværgående løsninger (akutområdet, it og data samt indkøb)
- Styrke overholdelsen af patienternes rettigheder
- Godkende større it-projekter i de fem sundhedsforvaltninger
- Erfaringsudveksling på tværs af sundsvæsenet
- Overenskomster med de ansatte i sundhedsvæsenet og praksissektoren
- Amgros og Medicinrådet

Regionernes andre opgaver flyttes til kommuner eller stat

Regionerne varetager i dag nogle afgrænsede opgaver uden for sundhedsområdet – især inden for miljø, kultur, uddannelse, sociale tilbud og kollektiv trafik.

Regeringen foreslår, at enkelte opgaver falder bort, når regionerne omdannes. Det gælder blandt andet nogle af de opgaver, som er frivillige for regionerne, og den partistøtte, som tildeles på grundlag af regionsrådsvalgene.

De resterende opgaver flyttes til kommunerne eller til staten.

Jordforurening

Regionerne står i dag for indsatsen mod de jordforureninger, der truer menneskers sundhed, vand og natur. Indsatsen består blandt andet i at kortlægge, prioritere og oprense jordforureninger.

Nogle jordforureninger er så omfattende, at de er svære at håndtere på regionalt niveau. De gælder eksempelvis de ni store såkaldte generationsforureninger, herunder Grindstedværket samt Cheminovas fabriksgrunde og Høfde 42.

Regeringen foreslår, at staten overtager regionernes opgave med at bekæmpe jordforurening. Det indebærer en effektiviseringsgevinst. Regeringen vil prioritere den forventede effektiviseringsgevinst på omkring ½ mia. kr. frem mod 2030 til indsatsen mod generationsforureningerne.

De specialiserede social og undervisningstilbud

For de specialiserede social- og undervisningstilbud samles ansvaret i kommunerne. I den forbindelse vil regeringen gå i dialog med relevante organisationer om, hvordan institutionernes særlige karakter kan fastholdes bedst muligt ved overgangen til nyt ejerskab i kommunerne.

Kollektiv trafik

Kommunerne overtager regionernes ansvar for den regionale bustrafik, privatbanetrafikken og det fulde ejerskab for de regionale trafiksselskaber.

I Hovedstadsområdet gælder særlige trafikale forhold. Regeringen vil inden længe fremlægge et selvstændigt udspil om organiseringen af den kollektive trafik i Hovedstadsområdet.



Opgaver i regionerne
uden for sundhedsområdet
bortfalder eller overføres til
stat eller kommuner.

Kommunerne overtager



Kollektiv
trafik



Det specialiserede
socialområde



Specialundervisning
for børn og voksne

Staten overtager



Kultur



Udbud af ungdoms-
uddannelser m.v.



Jordforurening
m.m.

Bortfalder



Regional
partistøtte



Den regionale
udviklingsstrategi

Vejen frem

140.000

De cirka 140.000 medarbejdere i regionerne vil for langt de flestes vedkommende fortsat skulle løse de samme opgaver som hidtil og levere den samme høje kvalitet, som de plejer.

Regeringen vil indbyde relevante organisationer, foreninger mv. for at høre deres synspunkter om regeringens udspil.

Regeringen vil herefter indbyde Folketingets partier til forhandlinger om sundhedsreformen med sigte på at indgå en politisk aftale i foråret 2019. Herefter skal der gennemføres lovgivning.

Regeringen foreslår, at den nye organisering træder endeligt i kraft den 1. januar 2021.

I mellemtiden vil 2020 fungere som et overgangsår. De 21 sundhedsfællesskaber samt bestyrelserne for Sundhedsvæsen Danmark og de fem sundhedsforvaltninger begynder deres arbejde den 1. april 2020. De nye bestyrelser skal i 2020 forberede omstillingen, så den nye struktur kommer godt fra start.

Det nære sundhedsvæsen vil gradvist få tilført flere opgaver, efterhånden som almen praksis og kommunerne opbygger den fornødne kapacitet og kompetencer.

Regionsrådene fortsætter indtil udgangen af 2020. De får fortsat ansvaret for beslutninger, der vedrører 2020.

Regionsrådene har siden 2007 bidraget til at løfte kvaliteten og aktiviteten på sygehusene. De nuværende regionsråd vil fratræde et år før ophøret af den indeværende valgperiode. Regeringen foreslår, at regionsrådsmedlemmerne fortsat får det vederlag, som de ville have fået fra regionen, hvis

de var fortsat i hele den oprindelige valgperiode til udgangen af 2021.

Tryghed for medarbejderne

Der er næsten 140.000 medarbejdere i de danske regioner. For langt de fleste vil deres arbejdsopgaver fremover ligne sig selv.

Det er afgørende for regeringen, at medarbejderne kan være trygge ved den nye struktur for det danske sundhedsvæsen. Det gælder også i overgangen mellem den hidtidige og den nye struktur.

Sundhedsmedarbejderne vil fortsat kunne gå på arbejde og levere den høje kvalitet, som de plejer. Medarbejderne får med sundhedsreformen mulighed for at løse opgaverne under en stærkere ledelseskonstruktion, og der vil være bedre muligheder for at samarbejde på tværs.

Sundhedsforvaltningerne overtager regionernes administrative opgaver på sundhedsområdet, som bliver på regionsgårdene. Sundhedsforvaltningernes hovedsæder placeres uændret i Aalborg, Viborg, Vejle, Sorø og Hillerød. Det vil medvirke til at skabe kontinuitet, at reformen ikke ændrer ved den administrative ledelse af sundhedsområdet.

Andre af regionernes opgaver flytter ud, og enkelte falder helt bort. Derfor vil nogle medarbejdere på regionsgårdene ikke blive overført til de nye sundhedsforvaltninger. I perioden frem mod 2021 vil regionerne få mulighed for at planlægge tilpasningen af administrationen. Regeringen forventer, at de myndigheder, der overtager opgaver, går



Når regionerne nedlægges, frigøres der penge, som skal bruges på patienterne i stedet.



i dialog med regionerne om mulighederne for ansættelse i den nye struktur. Regionerne skal dermed være med til at sikre en smidig og nænsom overgang til den nye struktur.

Mindre administration frigør penge til patienterne

Vi sparer penge, når vi reducerer antallet af politiske niveauer fra tre til to. Der vil ikke længere være udgifter til at honorere de 41 regionsrådsmedlemmer i hver region. Vi sparer også penge på administrationen af opgaverne uden for sundhedsområdet, der falder bort. Disse besparelser udgør samlet set 1,5 mia. kr. frem mod 2025 og medgår til at finansiere Nærhedsfonden på i alt 6 mia. kr. i 2020-2025.

Nærhedsfonden bliver herudover finansieret med midler, der er afsat på finansloven til sundhedsreformen, og inden for investeringsrammen i 2025-planen. Desuden lægger regeringen op til, at Danske Regioners egenkapital indgår i Nærhedsfonden, så foreningens formue kommer patienterne til gavn.

Nærhedsfonden kommer ud over de midler, der ellers afsættes til sundhedsområdet over de kommende år i forbindelse med de årlige økonomiaftaler (kommunerne) og finanslovaftaler. Dermed er råderummet til offentligt forbrug fastholdt, så det kan prioriteres frem til 2025 inden for blandt andet sundhedsområdet.

Herudover bliver det med sundhedsreformen muligt at løse en række administrative opgaver i sundhedsvæsenet bedre end i dag. Sundhedsvæsenet Danmark får kompetence til fælles løsninger, og de fem sundhedsforvaltninger bliver forpligtet til at samarbejde. Regeringen sætter derfor et konkret mål for årlige administrative besparelser på 75 mio. kr. svarende til i alt knap 0,8 mia. kr. i 2022-2025, som skal blive i sundhedsforvaltningerne til gavn for patienterne.

Siden 2007 har regionerne ansat betydeligt flere medarbejdere i administrative funktioner. Den udvikling vil regeringen vende.

Sundhedsreformen betyder samlet set administrative besparelser på 2,3 mia. kr. frem mod 2025.

Tidsplan

Sundhedsreformen træder i kraft den 1. januar 2021



2018/19:10

Januar 2019

Sundheds- og Ældreministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K
Tlf. : +45 7226 9000
E-mail: sum@sum.dk

ISBN 978-87-93422-60-5 (trykt version)
ISBN 978-87-93635-12-8 (digital version)

Design: e-Types og
Regeringens Kommunikationsenhed
Tryk: Rosendahls

Publikationen kan hentes på
www.sum.dk

Sundheds- og Ældreministeriet

Holbergsgade 6

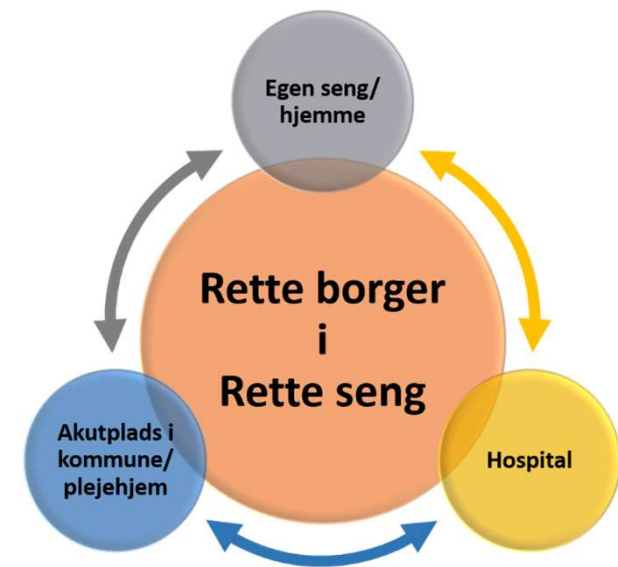
1057 København K

Tlf. : +45 7226 9000

E-mail: sum@sum.dk

Samarbejde mellem praktiserende læger, hospitaler og kommunale akutfunktioner

6. december 2018



Anbefalinger fra tværsektoriel
arbejdsgruppe nedsat af
Praksisplanudvalget i Region
Midtjylland

1. Indledning og formål med en lokalafteale



Praksisplanudvalget ønsker, at rammerne for samarbejdet mellem praktiserende læger, hospitaler og de kommunale akutfunktioner aftales. Der er derfor nedsat en tværsektoriel arbejdsgruppe, der skal komme med anbefalinger med henblik på en lokalafteale.

Borgerforløb, der involverer de kommunale akutfunktioner, er ofte sårbare, ældre borgere, der har behov for en tværsektoriel indsats. En afteale skal sikre sammenhængende forløb og gøre det tydeligt, hvem der gør hvad i forløbet. Det handler om at sikre kvalitet, patientsikkerhed og effektivitet i de konkrete borgerforløb. Vi skal med andre ord have **den rette borger i den rette seng** – uanset om borgeren har behov for behandling og pleje i eget hjem, på en akutplads eller på et hospital. Vi tager afsæt i borgerens ønsker til eget forløb.

En lokalafteale skal bidrage til:

- At borgerne oplever et sammenhængende forløb af høj kvalitet – uanset om borgeren skal have behandling og pleje i eget hjem, på en akutplads eller på et hospital.
- At sygdom i højere grad kan tages i opløbet og forebygges.
- At reducere antallet af forebyggelige indlæggelser.
- At sikre kvalitet og forankring af det lægefaglige ansvar for patient og for behandling i en akutfunktion, således at akutfunktionen bliver et godt alternativ til en indlæggelse.
- At skabe tydelighed om arbejdsdeling og arbejdsgange og dermed styrket patientsikkerhed
- At opgaverne løses på det rette specialiseringsniveau – dvs. at vi får rette borger i rette seng.

Alle parter i et forløb har et særligt ansvar for at have øje for borgerens samlede forløb og videregive oplysninger og opgaver ("stafetten") rettidigt til de øvrige parter i det enkelte forløb.

Rammen for arbejdet er anbefalingerne i Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandard for kommunale akutfunktioner samt overenskomsten for almen praksis.

Hvad er en kommunal akutfunktion?

De kommunale akutfunktioner er en del af den kommunale sygepleje og følger dermed bekendtgørelse og vejledning for hjemmesygepleje. Som det fremgår af Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner kan opgaverne i en akutfunktion varetages via et akutteam og/eller akutpladser. Alle de 19 midtjyske kommuner har en akutfunktion i form af et akutteam og/eller akutpladser. Oversigt over kommunale akutfunktioner er vedlagt som bilag.

Akutteam er et mobilt team, der leverer en specialiseret sygeplejefaglig indsats i borgerens eget hjem, herunder i plejebolig eller på bosted. Akutplads er en fysisk plads, hvor borgeren kan få midlertidigt døgnophold og modtage en specialiseret sygeplejefaglig indsats på en særlig kommunal enhed. Fælles for de kommunale akutfunktioner er, at den specialiserede indsats kan leveres med kort varsel. Dvs. indenfor få timer, døgnet rundt, 365 dage om året.

Personalet i den kommunale akutfunktion er sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, der har brede sygeplejefaglige kompetencer, samt viden og erfaring med observation, udredning, planlægning, justering og opfølgning på den sygeplejefaglige indsats.

Medarbejderne i de kommunale akutfunktioner er samarbejds- og sparringspartnere for praktiserende læger, vagtlæger, hospitalslæger og kommunalt plejepersonale i fx den kommunale sygepleje, hjemmepleje, på plejehjem og botilbud. Akutfunktionen understøtter, at der træffes kvalificerede kliniske beslutninger.

Akutfunktionerne har udstyr og utensilier, der er nødvendigt for at foretage relevant observation, diagnostik og behandling af en række sygdomstilstande, der varetages i de kommunale akutfunktioner.

De faglige krav til en kommunal akutfunktion er beskrevet i Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandard for kommunale akutfunktioner.

Henvisninger:

- *Bekendtgørelse nr. 1601 af 21. december 2007 om hjemmesygepleje.*
- *Sundhedsstyrelsen (2017) Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen*

2. anbefalinger



Det anbefales,

- ✓ At lokalaftalen opstiller klare rammer for arbejdsdeling og arbejdsgange i borgerforløb, der involverer en kommunal akutfunktion. Arbejdsgruppen har beskrevet forslag til beskrivelse af formål med aftale, målgruppe for akutfunktionen, henvisning og visitation, lægefagligt ansvar for patient og for behandling, afklaringsfase og samarbejde under forløbet samt afslutning i akutfunktionen. PLO-Midtjylland har gjort opmærksom på, at det beskrevne samarbejde om klare rammer for kommunikation, tilgængelighed og akuthed fordrer en aftale om honorering for kommunikation, hvor Ålborgaftalen med 10 min. moduler kunne anvendes til inspiration. Endvidere er fremført, at for at fremme et øget samarbejdet også i lægevagten, er det nødvendigt med en styrket honorering til sygebesøg foretaget af lægevagten.
- ✓ Vilkårene for lægefaglig forankring i forhold til akutfunktionerne er forskellige alt efter, om der er tale om dagtid (kl. 8-16) eller vagttid (kl. 16-8). Der er forskelle i de handlemuligheder og muligheder for kommunikation, som praktiserende læger og vagtlæger har samt forskel i honoreringen. Det anbefales, at problemstillingen udredes i et samarbejde mellem Region Midtjylland, PLO-Midtjylland og kommunerne i regionen.
- ✓ At Region Midtjylland, kommuner og almen praksis sammen udreder mulighederne for en mere ensartet kvalitet og praksis i forhold til at tage akutte, venøse blodprøver via en akutfunktion udredes nærmere med henblik på at finde fælles løsninger på området.
- ✓ At alle kommuner tilstræber med tiden at have et akutteam for at styrke indsatsen i patientens hjem
- ✓ At der indgås en rammeaftale om sundhedsfaglig rådgivning til personale i kommunale akutfunktioner
- ✓ At problemstilling med manglende mulighed for at opbevare medicin i akutfunktionerne rejses nationalt.

I det følgende beskrives arbejdsgruppens forslag til definitioner og arbejdsgange, der kan indgå i en lokalaftale om rammer for samarbejdet mellem praktiserende læger, hospitaler og de kommunale akutfunktioner samt øvrige anbefalinger. De beskrevne forslag vil fordrer, at der indgås en honoreringsaftale med PLO-Midtjylland på udvalgte områder.

3. Arbejdsgruppens forslag til definitioner og arbejdsgange

3.1 Målgruppe for de kommunale akutfunktioner



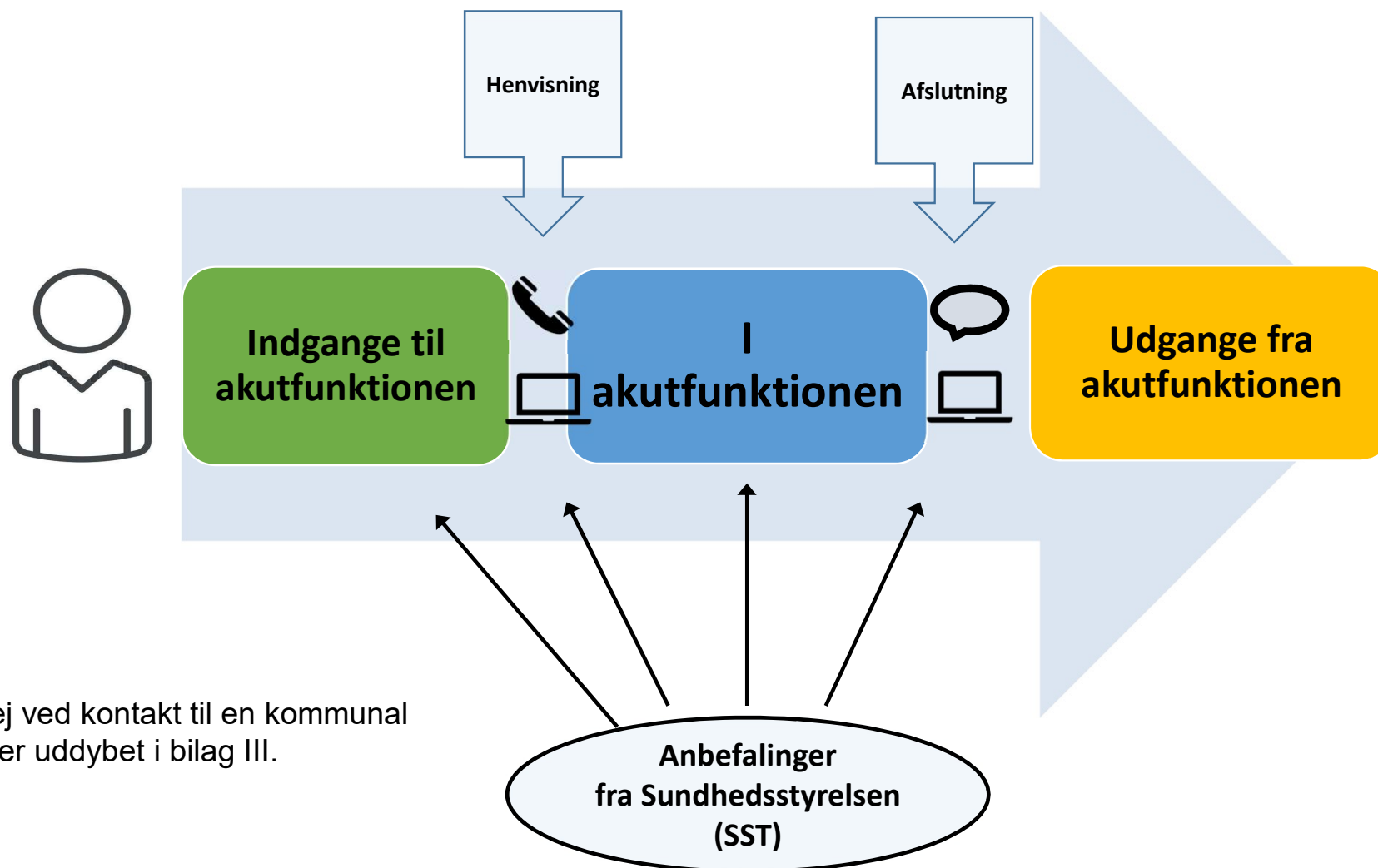
De kommunale akutfunktioner er et tilbud til borgere med somatisk sygdom, der har særlige behov for pleje og behandling, der bedst varetages i et sundhedstilbud med sygeplejefaglige kompetencer tæt på borgerens hverdag, familie og netværk. Så vidt muligt varetages indsatsen i borgerens eget hjem.

Målgruppen for behandling og pleje i akutfunktionerne er:

- Lægehenviste* borgere med akut opstået somatisk sygdom eller forværring af kendt sygdom med behov for observation, pleje og/eller behandling, men uden behov for hospitalsindlæggelse.
- Lægehenviste borgere, der efter udskrivning fra somatisk hospital fortsat har komplekse pleje- og/eller behandlingsbehov, der kræver de særlige sygeplejefaglige kompetencer, der er tilstede i en kommunal akutfunktion.
- Borgere henvist fra hjemmesygeplejen, hvor der er behov for sparring med den kommunale akutfunktions personale med henblik på hjælp til vurdering eller indsats.
- Lægehenviste* borgere, hvor der er brug for en hurtig vurdering for at sikre den rette lægefaglige indsats. Herunder om borgeren skal indlægges med det formål at forebygge yderligere forværring af tilstanden.

*Særligt vedr. vagtlægeinstitutionen: Vagtlæger kan undtagelsesvis med diagnostisk afklarede patienter henvise til akutpladser. Akutteam kan anvendes i en afklaringsfase (jf. afsnit 3.6).

3.2 Borgerens vej



Borgerens vej ved kontakt til en kommunal akutfunktion er uddybet i bilag III.

3.3. Henvisning og visitation



Praktiserende læger, vagtlæger, læger på hospitalerne og kommunalt plejepersonale kan henvise borgere til den kommunale akutfunktion, såfremt borgerne er i målgruppen og har behov for de indsatser, den kommunale akutfunktion kan tilbyde.

Den kommunale akutfunktion har til enhver tid visitationsretten og vurderer derfor, om en borgers situation kan varetages i akutfunktionen. Det skal være muligt for akutfunktionen at håndtere de opgaver, som aftales med lægen og inden for få timer fra modtagelse af opkald om en borger.

Forud for en henvisning til akutfunktionen skal den henvisende læge kontakte akutfunktionen telefonisk med henblik på at aftale om akutfunktionen kan påtage sig opgaver i forhold til den konkrete borger.

Den telefoniske henvendelse følges op med en skriftlig henvisning, der indeholder relevant information. Det forventes, at der skal implementeres en ny MedCom standard for henvisning i løbet 2019. Indhold i henvisning og evt. andre krav til den skriftlige henvisning afventer arbejdet i regi af MedCom.

Vagtlæger kan dog ikke sende en skriftlig henvisning til akutfunktionen. Egen læge modtager vagtlægenotat.

Hvis kommunalt personale kontakter egen læge eller vagtlæge om en borger forventes det, at borgerens situation har været drøftet med en sundhedsfaglig i kommunen med det rette kompetenceniveau inden egen læge eller vagtlæge kontaktes.

National anbefaling om henvisning til kommunal akutfunktion

Sundhedsstyrelsen anbefaler:

- at henvisende læge tager telefonisk kontakt med akutfunktionen og udformer en skriftlig korrespondance på henvisningstidspunktet.

Sundhedsstyrelsen (2017): Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen

3.4 Patientansvarlig læge og lægefagligt behandlingsansvar

I akutfunktionen varetages størstedelen af indsatserne efter ordination fra en læge og på delegation (jf. lovgivning for delegation af lægeforholdt virksomhed). Det er derfor afgørende, at det er entydigt for personalet i akutfunktionen, hvem de skal kontakte ved spørgsmål om borgerens behandling.

Patientansvarlig læge

Den patientansvarlige læge er en navngiven læge, som bærer det overordnede ansvar og overblik for en given patients forløb. Den patientansvarlige læge er ikke fagligt ansvarlig ud over eget speciale eller behandling, men har en funktion som koordinator og bagstopper/tovholder for det samlede udrednings- og behandlingsforløb. Som udgangspunkt forbliver den patientansvarlige læge i rollen, selvom patienten i en afgrænset periode modtager behandling inden for andre specialer/på andre afdelinger.

Den patientansvarlige læge skal sikre

- at der skabes tryghed, sammenhæng og overblik for patienten
- at der foreligger en behandlingsplan, et overblik og en sammenhæng i indsatsen for patienten.
- at der er fremdrift i udrednings- og behandlingsforløbet

Den patientansvarlige læge er den læge, som kontaktes, hvis der sker ændringer i borgerens tilstand.

Nationale anbefalinger om lægefagligt behandlingsansvar

Sundhedsstyrelsen anbefaler:

- at læger på sygehuse og i almen praksis sikrer de fornødne aftaler, så det er entydigt for personalet i akutfunktionen, hvem de skal kontakte ved spørgsmål om patientens behandling
- at behandlingsansvaret for patienter henvist af praktiserende læge ligger hos praktiserende læge i dagtid og vagtlæge uden for åbningstid
- at behandlingsansvaret for patienter henvist af sygehuslæge, i tilfælde hvor den igangsatte behandling på sygehuset ikke afsluttes ved udskrivelse, aftales lokalt, og at behandlingsansvaret ved overdragelse til praktiserende læge sker mundtligt og efter aftale med praktiserende læge
- at intravenøs medicinsk behandling som hovedregel påbegyndes i sygehusregi, og at der fra sygehuset lægges en plan for behandlingen, samt at det overordnede ansvar for den intravenøse behandling bliver hos sygehuslægen, også efter udskrivelse fra sygehus til en akutfunktion

Sundhedsstyrelsen (2017): Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen

3.4 Patientansvarlig læge og lægefagligt behandlingsansvar (fortsat)

Lægefagligt behandlingsansvar

Det lægefaglige behandlingsansvar er ansvaret for den behandling, en given læge udfører for en patient - fx ved et tilsyn eller ved vagtlægen. Men man har ikke nødvendigvis ansvaret for den samlede plan for patienten.

Egen læge eller dennes stedfortræder

- Er patientansvarlig læge for borgere, der er henvist til en akutfunktion af egen læge eller dennes stedfortræder også vagtlæge
- Har en direkte telefonadgang for akutfunktionen, hvor de kan træffes på hverdage kl. 08-16

Vagtlægeinstitutionen

- Har behandlingsansvaret for patienter henvist af en vagtlæge til akutfunktionen på hverdage kl. 16-08 samt i weekender og på helligdage, samt for akut opståede problemer for patienter henvist af almen praksis på hverdage kl. 16-08 samt i weekender og på helligdage.
- Ved flere kontakter til vagtlægeinstitutionen kan det ikke forventes at få fat i den samme vagtlæge ved hver kontakt.
- Vagtlægen kan bede akutfunktionen om at orientere egen læge eller dennes stedfortræder om, at borgeren i vagttiden er blevet tilknyttet en akutfunktion (akutteam og/eller akutplads), således at den praktiserende læge er klar over, at patienten er tilknyttet en akutfunktion, og at patientansvaret er overdraget til denne.
- Har et telefonnummer, hvor de kan kontaktes 16-08 på hverdage og i weekenden (70 11 31 31)

Hospitalslæge

- Er patientansvarlig læge for indlagte borgere, og borgere henvist til en akutfunktion af hospitalet indtil hospitalsbehandling er slut, og patienten er afsluttet fra akutfunktionen. Dette gælder hele døgnet
- Kan gå i dialog med egen læge eller dennes stedfortræder fx ved behov for sparring, rådgivning eller tilsyn, mens borgeren er i akutfunktionen.
- Har et vagttelefonnummer, hvor de kan træffes hele døgnet.

3.5 Patientansvarlig læge kontaktes



Konklusion vedr. hvem akutfunktionen skal kontakte ved ændringer i en borgers tilstand:

Borgere, der er indlagt på et hospital eller henvist fra hospitalet til en akutfunktion vil have en hospitalslæge som patientansvarlig læge.

Borgere, der er henvist til en akutfunktion af egen læge eller dennes stedfortræder eller vagtlæge, vil have egen læge eller dennes stedfortræder som patientansvarlig læge.

3.6 Afklaringsfase



Forud for en henvisning til en akutfunktion kan der være behov for en afklaringsfase, hvor det afklares om akutfunktionen er det rette tilbud til borgeren:

Lægen kontakter akutfunktionen

Når en læge i almen praksis, vagtlægen eller på hospitalet vurderer, at en borger bør henvises til en kommunal akutfunktion, tager lægen indledende telefonisk kontakt på borgerens vegne til den kommunale akutfunktion. I akutfunktionen er det en sygeplejerske med akutfunktionskompetencer, der tager imod opkaldet fra lægen og vurderer, om akutfunktionen kan varetage opgaven. Der kan i afklaringsfasen være flere kontakter mellem parterne med henblik på at tilvejebringe et tilstrækkeligt oplysningsgrundlag for at kunne træffe en kvalificeret lægefaglig beslutning. Den kommunale akutfunktion kan, hvis det skønnes nødvendigt, anmode lægen om skriftlig dokumentation af de aftalte ordinationer og indsatser undervejs i afklaringsfasen. Afklaringsfasen kan afsluttes med enten:

- en henvisning og visitation til akutfunktionen
- en lægefaglig vurdering af, hvordan borgernes behov bedst varetages på anden vis. Dette kan eksempelvis være ved indlæggelse

Den henvisende læge fastsætter i samarbejde med den kommunale akutfunktion en tidshorisont for indsatsen for borgeren.

Akutfunktionen kontakter lægen

Når den kommunale akutfunktion vurderer, at der er behov for en lægefaglig vurdering af en borger, indsamler sygeplejersken relevante oplysninger om borgeren, fx ved at måle vitale parametre. Sygeplejersken med akutfunktionskompetencer kontakter indledningsvist telefonisk herefter almen praksis eller vagtlægen. Der kan i afklaringsfasen være flere kontakter mellem parterne med henblik på at tilvejebringe et tilstrækkeligt oplysningsgrundlag til at kunne træffe en kvalificeret lægefaglig beslutning. Den kommunale akutfunktion kan, hvis det skønnes nødvendigt, anmode lægen om skriftlig dokumentation af de aftalte ordinationer og indsatser undervejs i afklaringsfasen. Afklaringsfasen afsluttes med enten:

- en henvisning og visitation til akutfunktionen
- en lægefaglig vurdering af, hvordan borgernes behov bedst varetages på anden vis. Dette kan eksempelvis være ved indlæggelse

Den henvisende læge fastsætter i samarbejde med den kommunale akutfunktion en tidshorisont for indsatsen for borgeren.

3.7 Samarbejde under forløbet i akutfunktionen



Akutfunktionen skal melde tilbage til den patientansvarlige læge, hvis tilstanden hos borgeren ændrer sig i forhold til det aftalte. Lægen skal i disse tilfælde foretage en ny vurdering af, hvorvidt borgeren skal fortsætte forløbet hos akutfunktionen, eller om borgerens behov bedst varetages på anden vis.

Har en læge ordineret prøver, skal lægen give akutfunktionen besked om prøvesvarene, og om dette får betydning for det aftalte forløb. Kommunikationen om prøvesvar sker som sædvanligt efter aftale i det konkrete patientforløb og kan ske både telefonisk (akut) og ved anvendelse af en korrespondancemeddelelse.

Særligt for hospitalerne

Den udskrivende eller vagthavende læge på hospitalet har under et samarbejdsforløb med en kommunal akutfunktion et særligt ansvar for:

- at tilbyde rådgivning og vejledning fra læger, sygeplejersker og andet personale på hospitalet vedrørende specifikke borgeres behandling.
- at sikre, at FMK er opdateret, og at relevante recepter er udstedt.
- at medgive den ordinerede, midlertidige medicin, jf. behandlingsplanen, dvs. præparater, som er aftalt med akutfunktionen.
- at medgive utensilier, der ikke allerede forefindes i akutfunktionen, og som er nødvendige, for at akutfunktionen kan varetage og videreføre den pleje og behandling, som hospitalet har igangsat. Dette aftales nærmere med akutfunktionen.

Den udskrivende hospitalslæge kan delegere udvalgte opgaver til en sygeplejerske på hospitalet i forhold til samarbejdet med den kommunale akutfunktion. Når lægen fra hospitalet udarbejder en behandlingsplan, kan den suppleres af en plan for ambulant opfølgning.

3.8 Afslutning i akutfunktionen



Akutfunktionen giver den praktiserende læge besked via en korrespondancemeddelelse, når indsatsen i akutfunktionen afsluttes. Når et forløb afsluttes i akutfunktionen overgår patientansvaret automatisk til den praktiserende læge, dog med undtagelse af sygdomme, hvor patienten går i ambulant forløb på hospitalet. Der beholder sygehuset behandlingsansvar for det ambulante forløb.

National anbefaling om afslutning i en kommunal akutfunktion

Sundhedsstyrelsen anbefaler:

- at den kommunale akutfunktion giver patientens praktiserende læge besked, når indsatsen i akutfunktionen afsluttes.

Sundhedsstyrelsen (2017): Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen

4. Blodprøver



Undervejs i et forløb i en akutfunktion kan der være behov for, at den praktiserende læge via akutfunktionen får taget forskellige akutte venøse blodprøver hos borgeren. Fx prøver i forhold til væsketal, stofskiftetal, blodbillede, koagulationsfaktorer (INR) og nyre/levertal, som kan bidrage til, at der sker en hurtig afklaring af borgerens tilstand i eget hjem eller på en akutplads.

Det er i dag forskelligt hvilke venøse blodprøver, der kan tages og håndteres i de enkelte akutfunktioner. Det handler både om forskelle i geografiske afstande, der fx kan gøre det vanskeligt at få blodprøverne leveret til analyse på et hospital, og om hvilke specifikke blodprøver, der kan håndteres i den enkelte akutfunktion.

Et mere ensartet tilbud i forhold til at kunne tage akutte venøse blodprøver via en akutfunktion vil være en styrkelse af kvaliteten i de kommunale akutfunktioner på tværs af alle de 19 midtjyske kommuner.

Det anbefales derfor, at Region Midtjylland, kommunerne og almen praksis igangsætter en fælles udredning på området med henblik på at afdække mulige fælles løsninger.

På samme vis ser almen praksis gerne, at der sker en standardisering af tilrettelæggelsen af akutfunktionerne, således at alle kommuner har akutteams. Dette med henblik på at kunne give borgerne det samme tilbud og lette samarbejdet mellem praktiserende læger, vagtlæger og akutfunktioner. Særligt i forhold til vagtlægeinstitutionen vil en standardisering være en fordel i samarbejdet.

National anbefaling om blodprøver i en kommunal akutfunktion

En kommunal akutfunktion skal kunne varetage en række indsatser, der er beskrevet i Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandard for kommunale akutfunktioner.

En af indsatserne er akutte bedside blodprøver (kapillær blodprøvetagning til måling af infektionstal, blodsukker og blodprocent).

Hvis den kommunale akutfunktion vælger at varetage opgaver udover de angivne, fx venøs blodprøvetagning anbefales det, at det aftales lokalt i regi af sundhedsaftalesamarbejdet.

Sundhedsstyrelsen (2017): Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen

5. Sundhedsfaglig rådgivning



Når den patientansvarlige læge og personalet i akutfunktionerne samarbejder om en borger, kan en del af kontakten omfatte faglig sparring i forhold til det konkrete forløb. Det er med til at styrke kvaliteten i forløbet samt kendskabet til hinanden på tværs af faggrupper og sektorer.

Derudover kan det være hensigtsmæssigt, hvis der også bliver mulighed for systematisk lægefaglig sparring og rådgivning i form af generel sundhedsfaglig rådgivning til personale i kommunale akutfunktioner.

Det anbefales derfor, at der arbejdes videre med en rammeaftale for sundhedsfaglig rådgivning i forhold til kommunale akutfunktioner. Der er allerede indgået en rammeaftale om sundhedsfaglig rådgivning i forhold til kommunale bosteder.

6. Udlevering af medicin



Ifølge den nuværende lovgivning kan de kommunale akutfunktioner som udgangspunkt ikke opbevare medicin. Dette betyder, at en borger ved henvisning til en kommunal akutfunktion selv skal medbringe medicin enten fra apotek eller fra henvisende hospitalsafdeling. Hvis en borger henvises til en akutfunktion fra hospitalet sikres det, at den udleverede medicin dækker indtil patienten eller pårørende kan komme på apotek.

Der er i 2018 kommet en ny apotekerlov, som medfører, at der ingen døgnåbne apoteker i regionen. Det er i begrænset omfang muligt at få udleveret medicin i vagttiden ved akutmodtagelsen, hvor det drejer sig om absolut nødvendig medicin.

Det begrænser akutfunktionens muligheder for at handle hurtigt i de enkelte forløb – særligt uden for apotekernes åbningstid. Det vil derfor være en klar fordel, hvis der i lovgivningen på området åbnes for, at akutfunktionen i et vist omfang må opbevare medicin. Vejen frem kunne fx være, at akutfunktionerne får mulighed for at opbevare udvalgte lægemidler herunder også isotone væsker (saltvand o. lign), der udelukkende anvendes til borgere, der er i et forløb i akutfunktionen, efter ordination af den behandlingsansvarlige læge.

7. PLO-Midtjyllands forventninger til honorar

PLO Midtjylland har gjort opmærksom på, at det beskrevne samarbejde om klare rammer for kommunikation, tilgængelighed og akuthed, fordrer en aftale om honorering for kommunikation, hvor den aftale, der er indgået mellem Ålborg Kommune og PLO-Nordjylland (Ålborgaftalen) med 10 min. moduler kunne anvendes som inspiration.

Endvidere er fremført, at for at fremme et øget samarbejdet også i lægevagten, er det påkrævet med en styrket honorering til sygebesøg foretaget af lægevagten

Bilag

I. Deltagere i arbejdsgruppen

Medlemmer

- Lise Høyer, praktiserende læge og formand for PLO-M (medformand)
- Mette Andreassen, direktør i Viborg Kommune (medformand)
- Henrik Kise, praktiserende læge og næstformand i PLO-M
- Bruno Meldgaard, praktiserende læge
- Jacob Stouby Mortensen, ledende overlæge for Akutafdelingen, Hospitalsenheden Midt
- Andreas Götke, specialkonsulent, sundhedsplanlægning, Region Midtjylland
- Ingelise Juhl, chef for Sundhed og Omsorg, Syddjurs Kommune
- Helle Haunstrup Krog, leder på akutområdet, Aarhus Kommune
- Jens Bejer Damgaard, sundhedschef, Holstebro Kommune
- Anne Stenbæk, sundheds- og omsorgschef, Odder Kommune

Sekretariat

- Lisbeth Trøllund Andersen, chefkonsulent i Lægeforeningen
- Sine Møller Sørensen, specialkonsulent, KOSU-sekretariatet

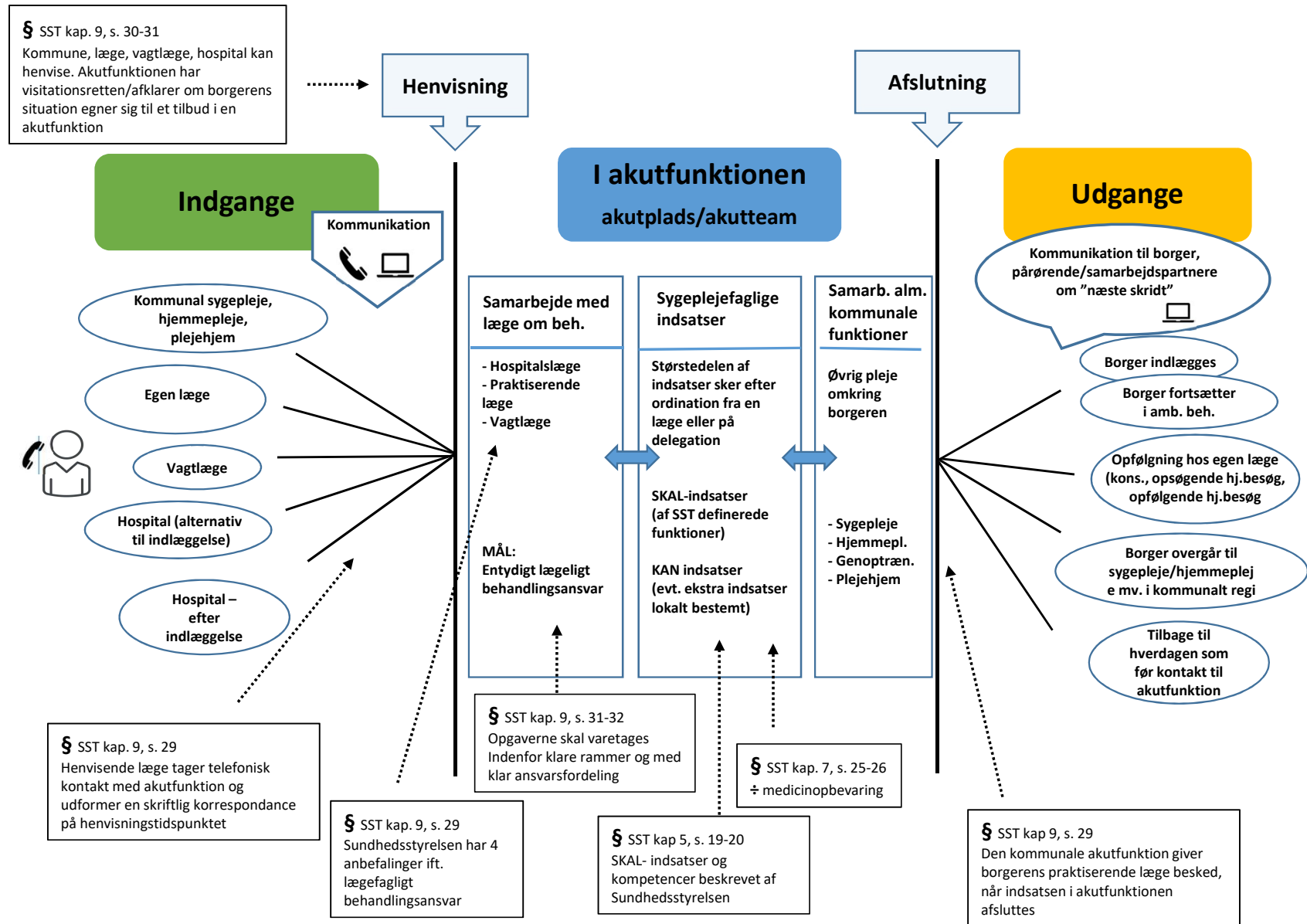
Kompetence

Gruppen har overordnet reference til Praksisplanudvalget. Da gruppens leverancer er tæt forbundet med udmøntningen af Sundhedsaftalen 2014-18 skal Sundhedskoordinationsudvalget inddrages i forbindelse med beslutninger, der træffes på baggrund af arbejdsgruppens anbefalinger.

II. Akutfunktioner i de 19 midtjyske kommuner

Kommune	Akutfunktion		
	Akutteam	Akutpladser	Antal akutpladser
Favrskov	Ja	Ja	2
Hedensted	Ja	Ja	2
Herning	Ja	Ja	10
Holstebro	Ja	Ja	10
Horsens	Ja	Ja	17
Ikast-Brande	Ja	Ja	2
Lemvig	Nej	Ja	9
Norddjurs	Ja	Ja	18
Odder	Ja	Ja	3
Randers	Ja	Ja	18
Ringkøbing-Skjern	Nej	Ja	25
Samsø	Nej	Ja	4
Silkeborg	Ja	Ja	2
Skanderborg	Ja	Nej	0
Skive	Ja	Ja	3
Struer	Ja	Ja	15
Syddjurs	Ja	Ja	4
Viborg	Ja	Ja	3
Aarhus	Ja	Ja	43

III. Borgerens vej i den kommunale akutfunktion



Kommunale bemærkninger til anbefalinger fra arbejdsgruppe om rammer for samarbejdet mellem praktiserende læger, hospitaler og kommunale akutfunktioner

Kommune	Bemærkninger
Favrskov	Favrskov kommune har med stor interesse læst anbefalingerne og finder dem overordnet set gennemarbejdet og konstruktive. Vi har dog følgende bemærkninger: - I indledning og formål skrives der, at arbejdsgruppen er kommet med nogle anbefalinger med henblik på en lokalaftale. Vi kunne ønskes os at denne lokalaftale blev konkretiseret og besluttet på overordnet niveau således, at der ikke opstår individuelle forhandlinger på kommunalt niveau. - Vi anerkender at det er et godt ensartet tilbud at kunne tilbyde at tage akutte venøse blodprøver kommunalt, samt at man igangsætter en fælles udredning på området. Vi vil dog anbefale at man også drøfter de økonomiske udgifter og konsekvenser heraf for den enkelte kommune i forbindelse med denne opgave. - Det er af meget vigtig betydning for den kommunale akutfunktion, at man får mulighed for at opbevare medicin i et vist omfang, herunder isotoniske væsker. Derfor ser vi frem til at arbejdsgruppen har dette med i deres videre arbejde.
Hedensted	Hedensted Kommune tænker at det er et rigtigt fint udspil og at det kan blive rigtigt godt. Tanker og kommentarer: - Økonomiske aftaler forhold til kommunerne er ikke nævnt, det er kun PLO hvor økonomi bliver uddybet? - Under punkt 3,1 under afsnit 4. Vi har et ønske om at vagtlægen lægger en (foreløbig) behandlingsplan også i vagttid? - Under punkt 3,4 Vagtlæge kan bede: Vi tænker at lægerne selv skal være ansvarlige for at informere hinanden, akutfunktionen bliver et unødvendig mellem led? - Under punkt 3,7 Samarbejde i forløbet: Særligt for hospitalet står der at de er ansvarlige for opdatering af FMK og relevante recepter- dette bør knyttes til kommentarer punkt 3.6 øverste afsnit? - Vi støtter op om, at der udarbejdes en fælles aftale i forhold til udredning/ blodprøvetagning.
Herning	Vi har set på oplægget til anbefalinger vedrørende samarbejdet mellem praktiserende læger, hospitaler og kommunale akutfunktioner. I Herning Kommune synes vi, det er et rigtig godt oplæg, hvor man er kommet godt omkring. Stor ros herfor.

	Vi har i øvrigt følgende kommentarer til materialet: • Det er nævnt i oplægget, og vi mener, det er meget vigtigt fokusområde at have en opmærksomhed på, at der skal tages stilling til honorering af lægerne • Desuden er der brug for stort fokus på forskellen mellem henvisning og visitation. Det er nævnt i oplægget, men det bliver meget vigtigt at kommunikere, at henvisning IKKE er det samme som visitation • I oplægget forholder man sig ikke til volumen og til det pres, der er på kommunen i forhold til akutområdet.
Randers	Vi tænker at oplægget matcher det vi kender i Randers og Randersklyngen, og som vi har arbejdet med og synes at det generelt er fine anbefalinger. Vi er med på at der lægges op til en udredning ifht venøse blodprøver – men har en bekymring for at det kan blive brugt til at vi bliver en forlænget arm ifht den diagnostiske del – og ikke kun i relation til en akut opstået situation. Men en nærmere udredning af området er selvfølgelig ok.
Ringkøbing-Skjern	3.1. Målgruppe for den kommunale akutenhed. Et ophold i akutfunktionen i RKSK visiteres efter en individuel vurdering af borgers samlede behov, primært i Myndighed, men uden for åbningstiden er det Akutfunktionen selv, der visiterer til ophold, når: - Der er behov for intensiv observation, behandling, pleje og træning. - Forløb, hvor borgeren har behov for sygepleje på uforudsigelige tidspunkter og hele døgnet. - I tilfælde af flere ustabile og uafklarede behandlingsforløb. Træning er således en del af vores tilbud, hvor der har været politisk ønske om at opretholde en decentralisering af pladserne i kommunen, hvilket kræver en vis volumen i enhederne. Kommunen har ingen udgående akutfunktion for nuværende. 3.3 Henvisning og visitation. Anbefalingen siger, at henvisende læge tager telefonisk kontakt til akutfunktionen, og efterfølgende sender skriftlig uddybende henvisning, og at akutfunktionen har visitationsretten. Borgere henvises af sygehus, praksislæger/vagtlæger og internt. Det er altid sygeplejersker fra sygehus, der kontakter os. Praktiserende læger henviser ofte pr. korrespondance. I dagvagt på hverdage går henvisning til visitationen ellers går den direkte til akutfunktionen. Meget fint, hvis behandlingsplan og mål for behandlingen formidles specifikt. Anbefalingen er endvidere, at det er sundhedsfagligt personale ”med rette kompetenceniveau” der forestår evt. henvendelser til læge. Hvad ligger der i det? Tænkes det at være sygeplejersker eller kan også social- og sundhedsassistenter forestå kontakten, hvis henvendelser er fagligt begrundede og indeholder patientsikker kommunikation (ISBAR) samt relevante informationer, herunder TOBS-værdier og eventuelt andre målinger. 3.4 Patientansvarlig læge og lægefagligt behandlingsansvar.

	Som anbefalingen lægger op til, er patientsansvarlig læge koordinator for det samlede behandlingsforløb. Når patienten henvises til akutfunktionen fra hhv. egen læge og vagtlæge, så er det rimeligt klart, at praktiserende læge har patientsansvaret i dagtid og vagtlæge derudover. Som noget nyt er anbefalingen her, at hospitalslæge er patientansvarlig læge for borgere henvist til akutfunktionen af hospitalet og indtil borger er afsluttet fra akutfunktionen, døgnet rundt. Det er en særdeles vigtig del af anbefalingerne, da særlig akutfunktionen kan "løbe spidsrod" mellem praktiserende læge og sygehus for at få taget hånd om patientens tilstand. Oplevelsen er, at der ikke lavet aftaler mellem de 2 læger. I forhold til IV behandlinger i Vestklyngen, ligger behandlingsansvaret entydigt på sygehuset i forhold til den udløsende diagnose. Det vil så også gælde, når borger kommer hjem i egen bolig efter opholdet, da IV behandlingen ikke alene kan være argument for ophold i akutfunktion. 3.6 Afklaringsfase. I anbefalingen gælder, at lægen tager telefonisk kontakt til sygeplejerske i akutfunktionen med akutfunktionskompetencer, som vurderer om akutfunktionen kan varetage opgaven og sammen aftales længden for opholdet. Som nævnt går henvisningen i Ringkøbing-Skjern kommune nu til Myndighed fra egen læge, som visiterer til opholdet ud fra gældende kriterier. Anbefalingen vil således forde en ændring i Myndighedsfunktionen hos os. 3.7 Samarbejde under forløbet i akutfunktionen. Patientansvarlig læge fra sygehuset kontaktes hvis tilstanden ændres i forhold til det aftalte og lægen har et særligt ansvar for at tilbyde rådgivning og vejledning vedrørende borgers behandling. Lægen skal derudover sikre ajourføring af FMK og at nødvendig medicin og utensilier medsendes. Lægen kan overdrage denne opgave til sygeplejerske. Som udgangspunkt forsøger sygehuset at sikre dette, men der er jævnligt uoverensstemmelser, manglende medicin/recepter og manglende utensilier. Vi har tidligere undersøgt dette i 2 hjemmesygeplejeenheder hvor konklusionen var, at det i gennemsnit tager sygeplejersken en time at udrede uoverensstemmelser i informationer i forbindelse med udskrivelse af borgere i komplekse forløb. Det er således en vigtig anbefaling, for at lette arbejdet på tværs af sektorer. 3.8 Afslutning i akutfunktionen. Akutfunktionen orienterer praktiserende læge, når borger "udskrives" fra akutfunktionen og ansvaret overgår automatisk til praktiserende læge. En meget relevant anbefaling, men kræver at aftaler vedrørende den fremtidige behandling er aftalt mellem sygehuslæge og praktiserende læge. Behandlingsansvaret vedrørende IV behandling er dog fortsat sygehuslægens efter gældende aftale i Vestklyngen. 4. Blodprøver. Vi kan tage et blodsukker, men tager i øvrigt ikke blodprøver, da praksiskon-sulenterne i kommunen ikke har ønsket, vi skulle at arbejde videre med det.
--	--

	Det er fint, hvis vi får en fælles aftale for hele regionen, så kommunerne kan levere samme kvalitet. I den forbindelse kunne man forestille sig at udstyr ejes og vedligeholdes af sygehuslaboratoriet, så vi ikke får problemer med validiteten af målingerne. 5. Sundhedsfaglig rådgivning. Der lægges op til det hensigtsmæssige i, at der bliver mulighed for systematisk lægefaglig sparring i akutfunktionen og det anbefales, at arbejde videre med rammeaftale for dette. Det kunne være rigtig godt! 6. Udlevering af medicin. Her er vi begrænset af lovgivningen, men materialet lægger op til, at der åbnes op for muligheden for, at akutfunktionen kan opbevare udvalgte lægemidler og isotone væsker. Det kan i nogle tilfælde sikre hurtig behandling og ville være rigtig godt. Evt. kan det ske i samarbejde med sygehuslæge eller praktiserende læge i området?
Silkeborg	1. Indledning og formål En fin rammesætning af arbejdet og med en relevant formålsbeskrivelse for lokalaftalen. 2. Anbefalinger - Første pind, anden sætning: Her mangler situationen, hvor akutfunktionen (typisk på baggrund af henvendelse fra hjemmesygeplejen) starter forløbet op, at indgå i opremsningen. - Anden pind, første sætning: Formentlig skrivefejl, at vagttid står til at være fra kl. 16-7 og ikke 16-8. - Tredje pind: Vurderingen fra Silkeborg Kommune er, at en udvidelse af Mobillab vil være den bedste løsning. - Femte pind: Det er bestemt relevant med en aftale omkring sundhedsfaglig rådgivning, men Silkeborg Kommune sætter spørgsmålstegn ved, om den skal ydes af almen praksis. Vores vurdering er, at der er brug for sundhedsfaglig rådgivning fra eksempelvis en geriater/geriatrifunktion. - Sjette pind: Der skal indføres "... og væsker..." 3. Forslag til definitioner og arbejdsgange 3.1 Målgruppe - Første dot: Med henvisning til Kvalitetsstandard for kommunale akutfunktioner vil vi foreslå, at også borgere med psykiatrisk co-morbiditet skrives ind. De udgør rent faktisk en vis del af de borgere, der behandles i akutfunktionen, da borgere med psykiatrisk sygdom også får akut opblussen af diagnosticeret somatisk sygdom. - Anden dot: Sætningen skal tilføjes "eller hjemmesygepleje", da hjemmesygeplejen allerede tager en stor del af de opgaver, der er komplekse (eksempelvis iv-behandling), og i realiteten udgør en del af (sub)akutfunktionen.

	3.4 Patientansvarlig læge og lægefagligt ansvar Generelt er afsnittet skrevet ud fra, at det altid er en hospitalslæge, der opstarter behandlingen. Det er det også som hovedregel, men praktiserende læge kan også opstarte behandling, og det bør skrives ind i afsnittet. - Afsnittet "Lægefagligt behandlingsansvar": Den sidste sætning bør tilføjes "... men har ansvar for, at behandlingen er forenelig med den samlede plan for patienten." - Afsnittet "Vagtlægefunktionen", tredje dot: Orientering af egen læge eller dennes stedfortræder skal foregå elektronisk og <i>ikke</i> via akutfunktionen. 3.6 Afklaringsfasen - Afsnittet "Akutfunktionen kontakter lægen": Hjemmesygeplejen skal også kunne kontakte lægen ved behov for lægefaglig vurdering, når de står i en akut/subakut situation hos borger. Hvis kontakten skal gå gennem akutfunktionen, bliver den et ekstra og forsinkende led i patientforløbet. Hjemmesygeplejen har været og er stadig i gang med et stort kompetence- og kvalitetsløft, og den løfter i hverdagen i stigende grad komplekse og/eller subakutte opgaver. 3.7 Samarbejdet under forløbet i akutfunktionen Der mangler et afsnit "Særligt for praktiserende læger", da de også opstarter forløb. Her skal stå, at de har et særligt ansvar for at sikre, at FMK er opdateret, og at relevante recepter er udstedt. 4. Blodprøver Vurderingen fra Silkeborg Kommune er, at en udvidelse af Mobillab vil være den bedste løsning. 5. Sundhedsfaglig rådgivning Det er bestemt relevant med en aftale omkring sundhedsfaglig rådgivning, men Silkeborg Kommune sætter spørgsmålstejn ved, om den skal ydes af almen praksis. Vores vurdering er, at der er brug for sundhedsfaglig rådgivning fra eksempelvis en geriater/geriatrifunktion. 6. Udlevering af medicin Vi er meget enige i, at det vil være en fordel, hvis lovgivningen ændres som beskrevet, og vil bemærke, at det også er vigtigt i forhold til fx terminale borgere, borgere med KOL m.fl. 7. PLOM's forventninger til honorar Ingen kommentarer.
Skanderborg	Fra Skanderborg har vi bemærkninger dels til det faglig indhold og dels til økonomien i sådan en lokalaftale.

	Skanderborg Kommune anerkender at der arbejdes med fælles definitioner og arbejdsgange i samarbejdet mellem almen praksis, hospitaler og de kommunale akutfunktioner. Materialet indeholder gode bud på definitioner og arbejdsgange, som er i tråd med Skanderborg Kommunes perspektiv på behov i samarbejdet om det akutte beredskab. Vi har nedenfor skitseret nogle bemærkninger, som vi vurderer kan gøre aftalen mere præcis og realistisk. Vi har bekymring i forhold til de økonomiske overvejelser der er i materialet, som uddybes nedenfor. Bemærkninger til Indholdet i materialet - Side 3 – Anbefalinger De 2 første anbefalinger fremstår ikke klare- vist fordi de er et mix ml anbefaling og bemærkninger. I den 1. anbefaling fremstår de 3 første linjer som anbefaling, mens de næste 4 linjer er bemærkning I den 2. anbefaling er det kun de sidste to linjer der har karakter af anbefaling, som dog ikke er helt præcist nok I den 3. anbefaling bør ” udredes nærmere ” fjernes, idet det gør anbefalingen uklar. Her bør tilføjes en anbefaling om at der udarbejdes fælles aftaler og instrukser for rammedelegation af perforation af hud ved blodprøvetagning. I anden stå anbefalinger bør det beskrives HVEM, der indgår rammeaftale om sundhedsfaglig rådgivning I sidste anbefaling bør det beskrives HVEM, der rejser problemet opbevaring af medicin i nationalt regi - Side 7 punkt 3.3. henvisning og visitation. I første linje - Her bør vurderes om der skal stå kommunalt plejepersonale, eller der skal stå kommunale sygeplejersker (det er praksis i Skanderborg – således er det ikke SOSU personale der henvender sig direkte til akutteamet. - Side 11 –Punkt 3.6 afklaringsfasen Hvor der står: at der i afklaringsfasen kan være flere kontakter mellem akutteam og behandlingsansvarlige læge. Her skal der være opmærksomhed på at forudsætninger er lægen er tilgængelig, for at undgå at afklaringen tager unødigt lang tid og akutteamet i mellemtiden må køre på besøg hos andre borgere og derefter vender tilbage til den pågældende. Dette nævnes fordi det i den eksisterende hverdag kan opleves som et problem der forlænger afklaringsfasen.
--	--

	• Det visuelle overblik over "borgerens vej i den kommunale akutfunktion" giver et fint overblik over Flowet i samarbejdet omkring borgerforløbet. Det er godt at der her og i det hele taget i materialet refereres til kravene i Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner. Vil anbefale at afklaringsfasen gøres tydelig i dette visuelle overblik, på niveau med henvisning og afslutning Således afklaring + henvisning + afslutning Mener det visuelle overblik er flow beskrivelse af arbejdsgange og IKKE en visualisering af borgers vej, som titlen siger (borgeren er IKKE synlig) Økonomi Skanderborg Kommune mener der er behov for at have et princip i samarbejdet på akutområdet. Nemlig at borgerne har krav på lægefaglig behandling uanset, hvor de opholder sig (sygehus, eget hjem eller kommunal midlertidig plads). Udgifter til lægefaglig bistand afholdes af Regionen. Det princip bør også gælde når man modtager hjælp fra enten akutteam eller på en akutplads. Skanderborg Kommune mener således ikke det er en kommunal opgave at bidrage til finansiering af merudgifter til praktiserende lægers kommunikation og vejledning til det kommunale akutberedskab. Det anses som en del af samarbejdet om patientens (borgerens) behandlingsplan. Denne kommunikation og vejledning foregår oftest via telefon, men også via elektroniske korrespondancer og således en forudsætning for at opgaven (den lægeforbeholdte virksomhed) kan delegeres til kommunen. Kommunen finansierer det døgndækkede akutteam og/eller akutpladser, som et væsentligt bidrag til at borgerne får nye muligheder for at modtage behandlinger i det nære, som tidligere foregik under indlæggelse. Det betyder, at Skanderborg Kommune ikke samstiller den kommunikation og vejledning, der foregår her med fx den aftale, der er lavet om faste læger på bosteder – jf. s 3 og 15, "anbefaling om rammeaftale om sundhedsfaglig rådgivning", hvor der side 15 peges på, at der allerede er indgået en rammeaftale om rådgivning til kommunale bosteder. (i denne aftale finansierer kommunen rådgivningen) Vi alene ser kommunal finansiering af lægefagligbistand, når det drejer sig om personalerelateret vejledning uden tilknytning til en bestemt borger.
Struer	Struer Kommune finder anbefalingerne meget relevante og roser et fint materiale fra arbejdsgruppen. Vi har nogle opmærksomhedspunkter og vil i det følgende kort beskrive vores kommentarer, spørgsmål og evt. forslag til ændringer i anbefalingerne. 3.1 Der beskrives, at de kommunale akutfunktioner, er til borgere med soma-

	tisk sygdom. Der opleves i praksis, at der også henvises til borgere med psykiske- og sociale lidelser, - hvordan tænkes disse ind i anbefalingerne? 3.3 I sidste afsnit beskrives, at "kommunalt" personale skal kontakte en sundhedsfaglig person, før henvendelse til læge eller vagtlæge. Det er vores klare opfattelse, i kommunernes akutfunktion er det kun sygeplejersker, der tager kontakt til vagtlæge eller den behandlende læge. I øvrige funktioner (plejecentre osv.) kan det være en anden fagperson, som kontakter lægen. Vi tænker måske ikke det vil være relevant at skrive ind i en aftale om samarbejdet med akutfunktionen? 3.4 Struer Kommune ønsker, at Sundhedsstyrelsens anbefaling, omkring en klar og entydig beskrivelse af, hvem der er den henvisende og dermed den behandlingsansvarlige læge. Vi anbefaler, at der i henvisningen er beskrevet kontaktoplysning på den behandlende læge. Der ønskes beskrevet, at læger tilknyttet ambulatorier også er patientansvarlig, på lige vilkår med øvrige læger. 4. Struer Kommune er ikke bekendt med, at der tages venøse blodprøver i akutfunktionerne? Vi tænker ej heller, det kan være en styrkelse i kvaliteten i akutfunktionerne. Det ses mere, som en opgaveglidning og anbefales derfor, at blive skrevet ind i en aftale, omkring opgaveoverdragelse, som Sundhedsstyrelsen anbefaler. Struer Kommune har indgået en samarbejdsaftale med Klinisk Biokemisk Afdeling på Regionshospitalet i Holstebro, omkring kalibrering og vedligeholdelse af Poct-udstyr (udstyr, som bruges til blodprøvetagning osv.) i akutfunktionen. I aftalen indgår ligeledes undervisning i kaprillær blodprøvetagning for sygeplejerskerne i akutfunktionen. Samarbejdet kan anbefales til Kommunerne og generelt, kan anbefales, at alle Kommuner lægger sig op ad Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner. 5. En rammeaftale er et stort ønske og kan klart anbefales i det videre arbejde. 6. Struer Kommune er helt enig i, at en lovændring kan være en stor fordel for borgerne. Der skal dog tænkes sikkerhedshensyn ind for personalet. Specielt i vagtlaget, kan der være risici forbundet med tilgangen til medicin og opbevaringen heraf.
Viborg	Generelt et fint oplæg og god definition af akutfunktionen. Kan dog være lidt i tvivl om hvor tydeligt vagtlægens rolle og ansvar er beskrevet (kunne måske have haft sit eget lille afsnit), ligesom det måske ikke er helt klart hvem kontakten skal gå til når der tales både om patientansvarlig læge og behandlingsansvarlig læge (uddybes nedenfor).

	Har desuden følgende kommentarer: Til indledningen: • bullet 3: er ønsket at reducere indlæggelser generelt eller særligt de forebyggelige indlæggelser? • bullet 4: lyder som om det lægelige ansvar placeres i akutfunktionen? Afsnit 3.4: Der står med fed tekst: "Den patientansvarlige læge er den læge, som kontaktes, hvis der sker ændringer i borgerens tilstand." Er det korrekt det skal være sådan – vi plejer jo at tale om det er den behandlingsansvarlige læge der har ansvaret og skal kontaktes. Så synes umiddelbart det skaber lidt forvirring både at omtale patientansvarlig læge og behandlingsansvarlig læge som havende en rolle i relationen til kommunens akutfunktion.
--	---

Overblik over tiltag i forslag til praksisplan for fysioterapi

(Foreløbigt udkast 24. januar 2019)

Praksisplanen for fysioterapi er en fælles plan mellem region og kommuner, der giver mulighed for at sætte fokus på konkrete problemstillinger og ønsker i forhold til fysioterapi i praksissektoren. I forslaget til praksisplan lægges der op til, at Region Midtjylland og kommunerne i regionen sætter særligt fokus på:

- At sikre en effektiv fysioterapi af høj kvalitet
- At der ikke sker en udvidelse af kapaciteten
- At udgifter pr. patient bringes ned på niveau med landsgennemsnittet
- At styrke dialogen på tværs af sektorer

Forslaget til praksisplan indeholder i forlængelse heraf en række tiltag i forhold til økonomi, kapacitet, kvalitetsudvikling og samarbejde. Linjen fra den tidligere praksisplan om, at der ikke må ske kapacitetsudvidelser på området, og at udgifterne skal nærme sig landsgennemsnittet fastholdes.

Økonomi

- Med den nye overenskomst for fysioterapi i praksissektoren, der trådte i kraft 1. januar 2019, er der indført en fast økonomisk ramme, som de samlede udgifter til vederlagsfri fysioterapi på landsplan skal holdes indenfor. På samme måde er der indført en fast økonomisk ramme for vederlagsfri ridefysioterapi. Overholdelsen af de faste rammer følges af de nationale parter på området.

Det er fortsat målet, at den gennemsnitlige udgift pr. patient samt omfanget af borgere (andel) der modtager fysioterapi i Region Midtjylland skal nærme sig landsgennemsnittet. Fokus er på at sikre, at det er de rette patienter, der henvises til fysioterapi, og at der gives den fagligt set rette behandling. Vigtige elementer er holdtræning og at understøtte borgerens ressourcer i forhold til egentræning.

Det sker blandt andet gennem en række tiltag på regionalt niveau som kontrolstatistik, brug af omsætningslofter, validering af regninger og vejledning af fysioterapeuter og ad hoc analyser af anvendelsen af overenskomstens ydelser.

Desuden videreføres initiativer fra den tidligere praksisplan, herunder

- De regionale praksiskonsulenterne for fysioterapi fortsætter med at vejlede klinikker med høje udgifter pr. patient i, hvordan behandlingen optimeres – fx omlægning fra individuel behandling til holdtræning, hvor relevant.
- Samarbejdsudvalget følger aktivitet og økonomi i Region Midtjylland
- Der gennemføres en analyse af praktiserende lægers henvisningspraksis i regionen til den vederlagsfrie ordning.
- Opfølgende analyse af udviklingen med hensyn til brug af ansatte fysioterapeuter ud over den eksisterende kapacitet på et ydernummer i fysioterapipraksis.

- Analyse af og opfølgning på omsætningsforhold for ydernumre med kapaciteter under 30 timer. Målet er at sikre et rimeligt forhold mellem registreret kapacitet og faktisk omsætning.
- Der er enighed om, at individuel behandling ønskes ændret til holdtræning, når det giver kvalitetsmæssig og økonomisk mening og er relevant for patientens situation. Dermed vil holdtræning ikke være et supplement til individuel behandling, men det vil være en erstatning heraf, når dette findes relevant.

Kapacitet

- Der er fysioterapeutiske tilbud tilgængeligt i alle 19 kommuner i regionen. Det vurderes, at der er tilstrækkelig med kapacitet i Region Midtjylland. Samtidig er det afgørende for region og kommuner, at der ikke sker en udvidelse af kapaciteten. Der vil derfor ikke blive udstedt ny kapacitet (ingen nye ydernumre med ny kapacitet) i planperioden.
- Ændringer i den geografiske fordeling og placering af den nuværende kapacitet kræver godkendelse af regionen. Er der tale om en flytning inden for samme mindre geografiske område, er det praksis, at administrationen i Region Midtjylland behandler ansøgningen. Det er praksis, at ansøgning om flytning af kapaciteter, herunder flytning af klinik inden for større geografiske områder behandles i Samarbejdsudvalget for Fysioterapi, som kan afgive indstilling til regionen. De berørte kommuner høres.
- Som udgangspunkt flyttes der ikke kapacitet på tværs af kommuner
- Der er udarbejdet retningslinjer for evt. flytning af kapacitet
- Som udgangspunkt har en fysioterapeut én praksisadresse. Ønsker en fysioterapeut at etablere flere praksisadresser skal dette vurderes i Samarbejdsudvalget for Fysioterapi. Flere praksisadresser kan kun ske ved anvendelse af den eksisterende kapacitet på klinikken. I konkrete situationer kan flere praksisadresser medvirke til at øge tilgængeligheden til fysioterapi for borgerne.
- Der tages initiativ til, at overenskomstens bestemmelser om registrering af ventetider overholdes.

Ridefysioterapi

- Det vurderes, at der er en god tilgængelighed til tilbud om ridefysioterapi i hele regionen, og at kapaciteten i regionen er tilstrækkelig. Der opslås derfor ikke nye kapaciteter (ingen nye ydernumre med ny kapacitet) til ridefysioterapi. Hvis en ridefysioterapeut ophører med at praktisere og ikke overdrager sin kapacitet, vil der ikke blive opslået ny kapacitet (nyt ydernummer). Det er afgørende for region og kommuner, at der ikke sker en udvidelse af kapaciteten for ridefysioterapi.
- Ridefysioterapeuter, som ønsker flere praksisadresser (indgå kontrakt med flere rideskoler) eller at flytte deres praksisadresser (fra en rideskole til en anden) skal søge region og kommuner om tilladelse. Ridefysioterapeuter, som ønsker ændringer i deres kapacitet skal ligeledes søge om tilladelse hertil. En eventuel godkendelse af ansøgning om flere praksisadresser eller flytning af praksisadresse må ikke betyde en udvidelse af den ridefysioterapeutiske kapacitet i regionen.

- De berørte kommuner høres i forbindelse med ansøgninger, der indebærer flytning og/eller ændring af kapacitet.
- En ridefysioterapeut har et geografisk område, hvor ridefysioterapeuten må tilbyde behandling indenfor (geografisk dækningsområde). Dækningsområdet kan være en eller flere angivne kommuner og afhænger af, hvornår den enkelte ridefysioterapeut er tiltrådt som ridefysioterapeut under overenskomsten på området.

Kvalitetsudvikling

- Et særligt fokusområde i den midtjyske region er at få styrket viden om resultaterne af god fysioterapi. Eksempelvis hvilke effekter borgeren kan forvente af forskellige typer af fysioterapi, og om der er typer af behandling, som skal prioriteres frem for andre. Region og kommuner vil derfor prioritere, at der igangsættes forskning inden for dette område
- Som en del af overenskomsten er det også aftalt, at der på landsplan skal gennemføres et udviklingsprojekt vedr. effektmåling og datadrevet kvalitet. Formålet er at beskrive metoder og værktøjer til effektmåling herunder anvendelse af tests. Parterne i den midtjyske region ser frem til resultaterne af dette initiativ og bidrager gerne til arbejdet.

Samarbejde

- Det er vigtigt at sikre sammenhæng i de forløb, hvor borgeren både har kontakt til praktiserende fysioterapeuter og kommunale indsatser. Kommuner, fysioterapiklinikker og ridefysioterapeuter opfordres således til at etablere en fast samarbejdsstruktur. Formålet er at
 - drøfte principielle sager og problemstillinger
 - følge udviklingen i praksissektoren og kommunen
 - bidrage til at fremme dialogen og opnå større forståelse og indsigt i hinandens områder

De lokale samarbejdsfora kan fx sætte fokus på

- Samarbejde om og tilbud til udvalgte målgrupper – fx borgere med komplekse forløb
 - Udvikling i økonomi og henvisningspraksis på kommuneniveau ved hjælp af aggregerede data
 - Kommunikation og herunder elektronisk kommunikation mellem kommune og fysioterapipraksis
 - Lokale samarbejdsaftaler
- Initiativer, der kan fremme fælles sprog og faglige tilgange kan også bidrage positivt til øget sammenhæng og samarbejde på tværs. Region, kommuner og fysioterapeuter ser derfor positivt på tiltag, der kan fremme brug af fælles metoder og test på tværs af praksissektoren, hospitaler og kommuner.

Statusoversigt på IV-behandling i de midtjyske kommuner – januar 2019

På baggrund af tilbagemeldingerne fra kommunerne januar 2019 på IV behandling kan følgende konkluderes:

- Ingen har meldt, at de har en politisk godkendt IV aftale
- 10 kommuner tilkendegiver, at de har en adm. Aftale med det stedlige klyngehospital (Vest klynge kommunerne, Hedensted, Skanderborg, Horsens og Syddjurs)
- Aarhus, Randers, Odder, Favrskov, Silkeborg, Skive, Viborg og Norddjurs kommuner har ikke nogen formel IV-aftale
- 16 kommuner tilkendegiver, at de foretager IV behandling i varierende omfang (Favrskov har f.eks. har kun én borger i IV i 2018). Foruden de ti kommuner, der har en adm. Aftaler er det: Favrskov, Odder, Silkeborg, Viborg, Skive og Aarhus.
- I midt-klyngen har de tre kommuner forsat IV jf. det projekt man tidligere har haft på området.
- Det har ikke været muligt, at få information fra Samsø.

Kommune	IV-aftale	Typer af behandling	Antal borgere i behandling i 2018
Favrskov	Ingen konkret aftale	Behandling iværksat af praktiserende læge samt palliativ behandling efter konkret individuel aftale	Én borger
Hedensted	Adm. Aftale	Dehydrerede patienter/borgere, der skal rehydreres og udskrives fra Akutafdelingen eller anden afdeling på hospitalet efter aftale med lægen i afdelingen. Patienter med infektioner, der udskrives til iv behandling i eget Præparater: Benzylpenicillin, Cefuroxim, Metronidazol, Tazocin	779 borgere

		eller Ceftriaxon (2g).	
Horsens	Adm. aftale	få præparater og ingen præparater, der kræver tilstedeværelse af sygeplejerske	Antal: ?
Norrdjurs	Ingen aftale. I Norrdjurs Kommune har vi i 2018 opsagt IV aftalen. Aftalen var indgået med Regionshospitalet Randers. Der var tale om en politisk besluttet opsigelse på baggrund af store budgetmæssige udfordringer.		
Odder	Ingen aftale. Der gives IV, men der foreligger ikke nogen aftale herfor. Odder Kommune har ikke indgået en administrativ aftale med RM om IV behandling.	Som udgangspunkt tilbydes al slags IV behandling, uanset borgerens iv adgang. Dette er dog under forudsætning af, at f.eks. antibiotika er ordineret og medsendt i lukkede systemer, så sygeplejen ikke selv skal blande præparaterne. Det vil nemlig kræve en flowbænk for at overholde arbejdsmiljølovgivningen.	I perioden 1.1.18 til 31.10.18 er 31 borgere i Odder kommune behandlet med IV medicin. 50% på kommunal sygeplejeklinik og resten i borgerens hjem.

	Der er foretaget en kommunal politisk orientering om sygeplejens tilbud om IV behandling. Da der ikke er indgået en reel aftale med RM, er det tilladt for sygeplejen i forhold til særlige ressourcekrævende IV behandlinger at frasige sig opgaven.		
Randers	Ingen aftale. (Den hidtidige aftale blev opsagt sommeren 2017)		
Samsø	?	?	?
Silkeborg	Ingen aftale, men en forsættelse af tidligere projekt vedr. IV-behandling i Midt-klyngen	I Silkeborg Kommune tilbyder vi i princippet alle formet for iv-behandling, dog ikke blodtransfusion, og der er også den afgrænsning, at det skal kunne gives i "lukkede systemer" og være arbejdsmiljømæssigt forsvarligt for os at give	Silkeborg – 246 borgere
Skanderborg	IV-aftale (adm. Aftale)	Væskebehandling og antibiotikabehandling til voksne og børn – vi har ikke	175 forløb fra januar - november 2018 (149 fra RHH og 26 fra øvrige primært Aarhus)

		sat begrænsninger på præparater	
Syddjurs	IV-aftale med Regionshospitalet	?	?
Aarhus	Ingen aftale	IV gives med henblik på forebyggelse af indlæggelse	
Herning	IV-aftale (adm.aftale)	Væske og antibiotika	Gennemsnit på ca. 14 borgere pr. uge til iv-behandling
Holstebro	IV gives til +15 år. Fire typer af antibiotika. (adm. Aftale)	IV gives til +15 år. Fire typer af antibiotika.	
Ikast-Brande	IV-aftale (for vest-klyngen) (adm. Aftale)	Det er iv behandling med antibiotika præparater (3 slags) samt iv væskebehandling. Målgruppen er voksne. Patienter fra andre hospitaler kan også udskrives til iv behandling jf. denne aftale.	Vi har ikke tallet for 2018 pga. nyt IT system. IV medicin 2016: 118 2017: 125 Væskebehandling 20 17
Lemvig	IV aftale, der er gældende for hele Vest klyngen (adm. Aftale)	IV gives til +15 år. Fire typer af antibiotika.	
Ringkøbing-Skjern	IV aftale, der er gældende for hele Vest klyngen (adm. Aftale)	IV gives til +15 år. Fire typer af antibiotika.	
Skive	Ingen aftale, men en forsættelse af tidligere projekt	<u>Tilbagemelding fra Skive Kommune</u> Intravenøs medicinsk behandling (primært	Skive – 245 borgere

	vedr. IV-behandling i Midt-klyngen	antibiotika behandling - og ikke afgrænset til få præparater) Intravenøs væskebehandling (Primært NaCl, sjældent glukose og KaNaGl) Parenteral ernæring	
Struer	IV aftale, der er gældende for hele Vest klyngen (adm. Aftale)	IV gives til +15 år. Fire typer af antibiotika. Væske (i mindre grad)	?
Viborg	Ingen aftale, men en forsættelse af tidligere projekt vedr. IV-behandling i Midt-klyngen	<u>Tilbage melding fra Viborg Kommune</u> Intravenøs medicinsk behandling Intravenøs væskebehandling Parenteral ernæring Blodtransfusion	Viborg – 650 borgere



Holbergsgade 6
DK-1057 København K

T +45 7226 9000
F +45 7226 9001
M sum@sum.dk
W sum.dk

Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg

Dato: 03-12-2018
Enhed: AELSAM
Sagsbeh.: SUMLFI
Sagsnr.: 1809283
Dok. nr.: 757117

Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg har den 5. november 2018 stillet følgende spørgsmål nr. 114 (Alm. del) til sundhedsministeren, som hermed besvares. Spørgsmålet er stillet efter ønske fra Kirsten Normann Andersen (SF).

Spørgsmål nr. 114:

"I forlængelse af en række sager, hvor borgere er kommet i klemme i forhold til intravenøs behandling (IV-behandling) med f.eks. parenteral ernæring bedes ministeren redegøre for, hvordan ministeren vil sikre sig, at patienter ikke falder ned mellem to stole, fordi kommune og region ikke kan blive enige om det økonomiske ansvar? Der henvises til artiklen "KL: Folketinget skal afgøre strid om intravenøs behandling" på DK-nyt den 2. november 2018. (<https://www.dknyt.dk/artikel/98814/kl-folketinget-skal-afgre-strid-om-intravens-behandling/?nb=1>)"

Svar:

Det er altid myndighedernes ansvar at sikre, at borgere, der udskrives fra sygehus enten med en henvisning til hjemmesygepleje eller til videre sygehusbehandling i hjemmet, modtager den sygepleje eller behandling, der er aftalt, og at det økonomiske ansvar i den forbindelse afklares mellem myndighederne.

Jeg bakker fuldt ud op om en udvikling af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, der betyder, at flere borgere kan modtage behandling enten i eget hjem eller tæt på eget hjem – såfremt en behandling uden for sygehus er patientsikkerhedsmæssig forsvarlig.

IV-behandling, herunder parenteral ernæring, er lægeforbeholdt virksomhed. IV-behandling vil derfor skulle ordineres og iværksættes på sygehus under ansvar af lægen¹.

Et sygehus kan derfor heller ikke udskrive patienter med eksempelvis fortsat behov for IV-behandling efter udskrivning, uden enten selv at stille med det relevante personale eller at indgå aftale med kommunen om, at den pågældende opgave kan løses af personalet i hjemmesygeplejen.

Hvis en borger udskrives fra sygehus til fortsat IV-behandling i hjemmet, er der tale om fortsat sygehusbehandling i hjemmet. Det betyder, at lægen på sygehuset, fortsat er ansvarlig for den iværksatte behandling. Det betyder også, at det er regionen, der er ansvarlig for at afholde udgifter til behandlingen.

¹ Sundhedsstyrelsens "Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen – krav og anbefalinger til varetagelse af særlige sygeplejeindsatser", 2017.

Som led i udviklingen af sundhedsvæsenet tilbyder nogle sygehuse i dag, at borgere kan færdigbehandles med IV-behandling i hjemmet. Det kan ske enten som en udkørende sygehusfunktion eller ved henvisning til hjemmesygeplejen.

Henvisning til hjemmesygeplejen forudsætter imidlertid en konkret aftale med den pågældende kommune om, at hjemmesygeplejen kan påtage sig den pågældende opgave, da IV-behandling kræver særlige kompetencer hos det sundhedsfaglige personale og særligt udstyr, som ikke nødvendigvis er til stede i kommunen.

Hvis en kommune påtager sig at tilbyde fx IV-behandling, er kommunen ansvarlig for at sikre, at personalet har de fornødne kompetencer til at udføre opgaven, at der er udarbejdet de nødvendige instrukser for personalets udførelse af den delegerede opgave og at føre et overordnet tilsyn med personalets opgaveløsning.

I forlængelse heraf bemærkes, at det ikke fremgår af Sundhedsstyrelsens "Kvalitetsstandard for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen", 2017, som kommunale akutfunktioner skal leve op til fra 2018, at IV-behandling er en af de sygeplejefaglige opgaver, som en kommunal akutfunktion forventes at kunne varetage.

Med venlig hilsen

Ellen Trane Nørby / Louise Filt

Oversigt og status initiativer i nuværende praksisplan for fysioterapi

Fokusområde	Initiativer i nuværende praksisplan	Vurdering
Henvisning	Der skal gennemføres en analyse af praktiserende lægers henvisningspraksis i regionen til den vederlagsfrie ordning. Formålet er at afdække eventuelle forskelle i henvisningspraksis på tværs af kommunerne og målrette information om kriterier for henvisning m.v. til de involverede parter.	Ikke opfyldt – videreføres i ny praksisplan
	Praktiserende fysioterapeuter og praktiserende læger i alle kommuner vil blive tilbudt undervisning i forhold til den vederlagsfri ordning. Undervisningen kan ske i et samarbejde med regionens praksiskonsulenter for fysioterapi samt konsulenter på almen lægeområdet og lægelige praksiskonsulenter i kommunerne. Der skal i regi af Samarbejdsudvalget for Fysioterapi gennemføres en opfølgning på erfaringer og resultater med undervisningen.	Opfyldt
	Erfaringerne fra frikommuneforsøget skal følges tæt, med henblik på efterfølgende at implementere de tiltag, hvor effekterne er gode, i hele regionen.	Opfyldt – men ej længere relevant
Kapacitetsstyring	Det er afgørende for region og kommuner, at der ikke ske en udvidelse af kapaciteten. Der udstedes derfor ikke nye ydernumre.	Opfyldt og videreføres i ny praksisplan
	Der flyttes som udgangspunkt ikke kapaciteter på tværs af kommunerne	Opfyldt og videreføres i ny praksisplan
	Opfølgende analyse af udviklingen med hensyn til brug af § 24 ansatte fysioterapeuter i fysioterapipraksis.	Ikke opfyldt – vurderes om med i ny praksisplan
	Fortsat brug af omsætningslofter ved ansættelse af ekstra fysioterapeuter (§ 24-ansættelser)	Ikke opfyldt – videreføres i ny praksisplan
	Analyse af og opfølgning på omsætningsforhold for ydernumre med kapaciteter under 30 timer. Målet er at sikre et rimeligt forhold mellem registreret kapacitet og faktisk omsætning.	Ikke opfyldt – videreføres i ny praksisplan
	Der er formuleret retningslinjer vedrørende flytninger, praksis fra mere end én adresse og udfasning af mobile fysioterapeuter. Samarbejdsudvalget aftaler nærmere	De retningslinjer, der er formuleret i praksisplanen har været tilstrækkelige i behandlingen af konkrete sager om

	principper for etablering af ekstra praksisadresser, jf. overenskomstens § 26. Herunder også aftaler en enkel og holdbar metode til at sikre, at eksisterende kapacitet ikke overskrides ved brug af anden praksisadresse.	flytning m.v. Der er ikke formuleret yderligere principper.
Reduktion af behandlingsudgifter pr. patient	Et særligt indsatsområde er at sikre, at ydelsesniveauet for individuelle ydelser i Region Midtjylland bringes ned på niveauet på landsplan. Vejledning og information om tilrettelæggelse af fagligt effektive behandlingsforløb vil derfor være et indsatsområde for de regionale praksiskonsulenter for fysioterapi. Der kan både være tale om generel vejledning fx via fælles fyraftensmøde for praktiserende fysioterapeuter og vejledning i forhold til udvalgte klinikker.	Initiativer er igangsat og videreføres i den ny praksisplan.
	Der er behov for at følge udviklingen i brugen af undtagelsesredegørelser i Samarbejdsudvalget for Fysioterapi. Det skal endvidere sikres, at de enkelte kommuner får adgang til data, der viser udviklingen på kommuneniveau.	Ikke længere relevant. Undtagelsesredegørelser afskaffes i ny overenskomst.
	Information om anvendelse af undtagelsesredegørelser målrettes praktiserende læger. Dette kan evt. ske via lokale samarbejdsfora.	Ikke længere relevant. Undtagelsesredegørelser afskaffes i ny overenskomst.
	Der iværksættes initiativer, der kan sikre, at patientgrupper under den vederlagsfri fysioterapi får behandlingstilbud, der svarer til det, som er gældende på landsplan. Der skal tilbydes behandling svarende til nationale faglige retningslinjer. Det anbefales at undersøge det samlede forløb for udvalgte patientgrupper, herunder hvilke snitflader, der er i forhold til de kommunale behandlingstilbud.	Ikke opfyldt. Med den nye overenskomst forankres arbejdet med nationale standarder i den nationale kvalitetsenhed for fysioterapi.
	Brugen af holdtræning i stedet for individuel behandling skal fremmes. Der skal derfor støttes op om de initiativer på området, der er aftalt centralt mellem parterne. Det betyder blandt andet, at den årlige kontrolstatistik udvides til også at omfatte brugen af henholdsvis hold- og individuel behandling til patienter uden svært fysisk handicap med progressiv sygdom.	Er opfyldt og videreføres i ny praksisplan.
	Udviklingen i brugen af holdtræning følges årligt i Samarbejdsudvalget for fysioterapi. Der skal her være særlig opmærksomhed på, at en stigning i brugen af holdtræning skal modsvares af et fald i brugen af individuel behandling. Den gennemsnitlige udgift pr. patient må ikke stige. Muligheder for øget brug af holdbehandling kan være emne for dialogen i de lokale samarbejdsfora om fysioterapi i kommunerne, samt et indsatsområde for de regionale praksiskonsulenter for fysioterapi.	Årlig opfølgning i Samarbejdsudvalget for Fysioterapi er gennemført

	Det er et fælles mål, at andelen af holdydelser ved vederlagsfri fysioterapi i alle kommuner stiger og nærmer sig de kommuner, der har den højeste andel af holdydelser. Dette må ikke betyde, at de gennemsnitlige udgifter pr. patient stiger. Området analyseres med henblik på at sikre, at målet opfyldes.	Andelen af holdbehandling er steget.
	Der skal i regi af Samarbejdsudvalget for Fysioterapi følges op på brugen af hjemmebehandling, herunder samspillet med eventuelle øvrige træningstilbud i kommunalt regi. Det er endvidere vigtigt, at der ved henvisning til hjemmebehandling er fokus på, at hjemmebehandling ikke nødvendigvis er en varig behandling.	Delvist opfyldt.
	Udvidet brug af årlig kontrolstatistik med fokus på de gennemsnitlige udgifter på både yder- og klinikniveau, samt brug af individuelle behandlinger til patienter med progressiv sygdom.	Opfyldt. Fremadrettet kommer kontrolstatistikken til at ske på klinikniveau jf. ny overenskomst.
Databaseret opfølgning	Samarbejdsudvalget for Fysioterapi årligt laver en opfølgning i forhold til aktivitet og økonomi på fysioterapiområdet således, at der efter behov kan igangsættes yderligere udgiftsdæmpende tiltag. Nøgletal for aktivitet og økonomi udarbejdet af de centrale parter inddrages i videst muligt omfang i denne opfølgning.	Opfyldt
	For at kunne følge udviklingen i de kommunale tilbud om vederlagsfri fysioterapi er der behov for at tilvejebringe sammenlignelige data vedrørende aktivitet og udgifter om de kommunale tilbud.	Delvist gennemført (KL opgør aktivitet m.v. men ikke udgifter på området)

Ridefysioterapi	
Hvad	Vurdering
Der vil ikke blive opslået nye ydernumre til ridefysioterapi. Hvis en fysioterapeut ophører med at praktisere og ikke overdrager ydernummeret, vil der ikke blive opslået nyt ydernummer.	Opfyldt og videreføres i ny praksisplan
Der skal være fokus på henvisningspraksis til vederlagsfri ridefysioterapi således, at henvisningspraksis er ensartet på tværs af kommuner og regionerne. Som ved en den vederlagsfri fysioterapi, tages initiativ til analyse af henvisningspraksis og tilbud om undervisning af praktiserende læger i forhold til vederlagsfri ridefysioterapi.	Opfyldt
Ridefysioterapeuter, som ønsker at udvide til flere praksisadresser, flytte deres praksisadresser (Rideskole) eller udvide deres kapacitet, skal søge Samarbejdsudvalget for fysioterapi om tilladelse hertil. For ridefysioterapeuter tiltrådt før 2007 gælder de geografiske dækningsområder aftalt i de tidligere amter. En eventuel godkendelse af ansøgning om flere praksisadresser eller flytning af praksisadresse må ikke betyde en udvidelse af den ridefysioterapeutiske kapacitet i regionen. Hvis ridefysioterapeuter overtager et ydernummer og dermed tiltræder overenskomsten, skal ridefysioterapeuten søge Samarbejdsudvalget om tilladelse til praksis for hver praksisadresse, således at der laves aftale om geografisk dækningsområde i form af, hvilken kommune rideskolen er placeret i. De involverede kommuner skal altid høres i forbindelse med behandling af ansøgninger vedrørende praksisadresser og kapacitet.	Opfyldt og videreføres i ny praksisplan
Det fremgår af overenskomsten for ridefysioterapi under anmærkning til § 14, stk. 3: "Af hensyn til kvaliteten af ydelsen bør det tilstræbes at der mindst udføres ridefysioterapi i 10 timer ugentligt på hver praksisadresse (rideskole), således at personalet opnår den nødvendige erfaring og rutine". Der støttes op om denne anbefaling.	Er fortsat en del af overenskomsten
Der iværksættes snarest et udredningsarbejde, der skal skabe mere klarhed over praksisforhold for ridefysioterapeuter, herunder mere klarhed om aftaler i forhold til geografisk dækningsområde for de enkelte ridefysioterapeuter. Region og Kommuner ønsker at arbejde for at skabe bedre styrbarhed på området generelt.	Opfyldt.

Kvalitetsudvikling – initiativer i nuværende praksisplan	
Hvad	Vurdering
Der skal tages initiativer med henblik på, at alle fysioterapipraksis i regionen anvender datarapporterne til løbende kvalitetsudvikling. Der forventes i forlængelse heraf udviklet indikatorsæt til monitorering på udvalgte behandlingsområder.	Opfyldt
At fysioterapipraksis i Region Midtjylland medvirker i pilotafrøvning, monitorering og videreudvikling af datafangst og brug af kvalitetsrapporter, herunder at praksiskonsulenter fra Region Midtjylland inddrages i arbejdet med at udarbejde nationale indikatorsæt på udvalgte områder.	Opfyldt
At Kvalitetsudviklingsudvalget medvirker til fastlæggelse af, hvordan der i Region Midtjylland skal arbejdes med implementering af faglige retningslinjer og nye udviklingstiltag. Et særligt indsatsområde er endvidere implementering af retningslinjer og faglig evidens i forhold til ridefysioterapi	Opfyldt
At der etableres et brugbart redskab til indsamling af patienternes oplevelse af fysioterapibehandlingen der angiver både resultater for den enkelte klinik såvel som for hele regionen.	Forventes at komme til at indgå i den danske kvalitetsmodel fremadrettet.
At der fortsat støttes op omkring den løbende udvikling af kvaliteten i fysioterapipraksis, herunder gennem brug af udviklingspraksis.	Opfyldt
At praksiskonsulenterne fortsætter arbejdet med igangsatte og planlagte kvalitets- og samarbejdsinitiativer i tæt samarbejde med Samarbejdsudvalg og Kvalitetsudviklingsudvalg.	Opfyldt
At forskning på det fysioterapeutiske område og særligt det muskuloskeletale og ridefysioterapeutiske områder styrkes. Det kan med fordel ske i et tværsektorielt perspektiv.	Delvist opfyldt.

Samarbejde – initiativer i nuværende praksisplan	
Hvad	Vurdering
At arbejdsgange vedrørende kommunikation og koordinering i konkrete patientforløb aftales lokalt	Delvist opfyldt
At mulighederne for sikker, elektronisk kommunikation udbredes, herunder elektronisk korrespondance.	Delvist opfyldt
At der udvikles arbejdsgange, der sikrer, at fysioterapi ved praktiserende fysioterapeuter til borgere på plejecentre og bosteder dokumenteres i borgerens elektroniske journal.	Delvist opfyldt
At samarbejdet i de lokale samarbejdsfora fortsat udvikles, herunder at også ridefysioterapeuter deltager i de lokale samarbejdsfora.	Delvist opfyldt
At der arbejdes videre med at forbedre kommunikationen mellem fysioterapien og almen praksis, herunder at praktiserende fysioterapeuter får redskaber, som forbedrer og effektiviserer processen med at udfærdige epikriser, samt at antallet af epikriser stiger.	Ikke opfyldt
At der arbejdes på at opstille standardformuleringer med henblik på at kvalificere tilbagemelding, når fysioterapeuterne anbefaler egen læge at viderehenvise patienter til behandling i hospitalsregi.	Opfyldt
At fysioterapeuter anvender ICPC 2 – DK diagnosekodning ved epikriser til almen praksis. ICPC 2 – DK er den danske udgave af et internationalt kodningssystem udviklet til praktiserende læger.	Opfyldt
At der foretages en opfølgende audit på kvaliteten i praktiserende lægers henvisninger til fysioterapi og epikriser fra de praktiserende fysioterapeuter ultimo 2015/primo 2016.	Ikke opfyldt
At der fremadrettet afprøves modeller for tættere samarbejde mellem praktiserende fysioterapeuter og almen praksis, hvor parterne indgår i samarbejde med udgangspunkt i de respektive overenskomster.	Opfyldt
At der fortsat er fokus på, at ordningen for udvidet rygdudredning bruges.	Opfyldt
At der i planperioden arbejdes på at forbedre kommunikationsmuligheder mellem rygcentre og praktiserende fysioterapeuter, herunder rygcentrets adgang til oplysninger om udredning og behandling foretaget i primærsektoren, samt praktiserende fysioterapeuters adgang til rygcentrets anbefaling for fremtidig behandling i praksissektoren.	Delvist opfyldt

Oversigt og status initiativer i nuværende praksisplan for fysioterapi

Fokusområde	Initiativer i nuværende praksisplan	Vurdering
Henvisning	Der skal gennemføres en analyse af praktiserende lægers henvisningspraksis i regionen til den vederlagsfrie ordning. Formålet er at afdække eventuelle forskelle i henvisningspraksis på tværs af kommunerne og målrette information om kriterier for henvisning m.v. til de involverede parter.	Ikke opfyldt – videreføres i ny praksisplan
	Praktiserende fysioterapeuter og praktiserende læger i alle kommuner vil blive tilbudt undervisning i forhold til den vederlagsfri ordning. Undervisningen kan ske i et samarbejde med regionens praksiskonsulenter for fysioterapi samt konsulenter på almen lægeområdet og lægelige praksiskonsulenter i kommunerne. Der skal i regi af Samarbejdsudvalget for Fysioterapi gennemføres en opfølgning på erfaringer og resultater med undervisningen.	Opfyldt
	Erfaringerne fra frikommuneforsøget skal følges tæt, med henblik på efterfølgende at implementere de tiltag, hvor effekterne er gode, i hele regionen.	Opfyldt – men ej længere relevant
Kapacitetsstyring	Det er afgørende for region og kommuner, at der ikke ske en udvidelse af kapaciteten. Der udstedes derfor ikke nye ydernumre.	Opfyldt og videreføres i ny praksisplan
	Der flyttes som udgangspunkt ikke kapaciteter på tværs af kommunerne	Opfyldt og videreføres i ny praksisplan
	Opfølgende analyse af udviklingen med hensyn til brug af § 24 ansatte fysioterapeuter i fysioterapipraksis.	Ikke opfyldt – vurderes om med i ny praksisplan
	Fortsat brug af omsætningslofter ved ansættelse af ekstra fysioterapeuter (§ 24-ansættelser)	Ikke opfyldt – videreføres i ny praksisplan
	Analyse af og opfølgning på omsætningsforhold for ydernumre med kapaciteter under 30 timer. Målet er at sikre et rimeligt forhold mellem registreret kapacitet og faktisk omsætning.	Ikke opfyldt – videreføres i ny praksisplan
	Der er formuleret retningslinjer vedrørende flytninger, praksis fra mere end én adresse og udfasning af mobile fysioterapeuter. Samarbejdsudvalget aftaler nærmere	De retningslinjer, der er formuleret i praksisplanen har været tilstrækkelige i behandlingen af konkrete sager om

	principper for etablering af ekstra praksisadresser, jf. overenskomstens § 26. Herunder også aftaler en enkel og holdbar metode til at sikre, at eksisterende kapacitet ikke overskrides ved brug af anden praksisadresse.	flytning m.v. Der er ikke formuleret yderligere principper.
Reduktion af behandlingsudgifter pr. patient	Et særligt indsatsområde er at sikre, at ydelsesniveauet for individuelle ydelser i Region Midtjylland bringes ned på niveauet på landsplan. Vejledning og information om tilrettelæggelse af fagligt effektive behandlingsforløb vil derfor være et indsatsområde for de regionale praksiskonsulenter for fysioterapi. Der kan både være tale om generel vejledning fx via fælles fyraftensmøde for praktiserende fysioterapeuter og vejledning i forhold til udvalgte klinikker.	Initiativer er igangsat og videreføres i den ny praksisplan.
	Der er behov for at følge udviklingen i brugen af undtagelsesredegørelser i Samarbejdsudvalget for Fysioterapi. Det skal endvidere sikres, at de enkelte kommuner får adgang til data, der viser udviklingen på kommuneniveau.	Ikke længere relevant. Undtagelsesredegørelser afskaffes i ny overenskomst.
	Information om anvendelse af undtagelsesredegørelser målrettes praktiserende læger. Dette kan evt. ske via lokale samarbejdsfora.	Ikke længere relevant. Undtagelsesredegørelser afskaffes i ny overenskomst.
	Der iværksættes initiativer, der kan sikre, at patientgrupper under den vederlagsfri fysioterapi får behandlingstilbud, der svarer til det, som er gældende på landsplan. Der skal tilbydes behandling svarende til nationale faglige retningslinjer. Det anbefales at undersøge det samlede forløb for udvalgte patientgrupper, herunder hvilke snitflader, der er i forhold til de kommunale behandlingstilbud.	Ikke opfyldt. Med den nye overenskomst forankres arbejdet med nationale standarder i den nationale kvalitetsenhed for fysioterapi.
	Brugen af holdtræning i stedet for individuel behandling skal fremmes. Der skal derfor støttes op om de initiativer på området, der er aftalt centralt mellem parterne. Det betyder blandt andet, at den årlige kontrolstatistik udvides til også at omfatte brugen af henholdsvis hold- og individuel behandling til patienter uden svært fysisk handicap med progressiv sygdom.	Er opfyldt og videreføres i ny praksisplan.
	Udviklingen i brugen af holdtræning følges årligt i Samarbejdsudvalget for fysioterapi. Der skal her være særlig opmærksomhed på, at en stigning i brugen af holdtræning skal modsvares af et fald i brugen af individuel behandling. Den gennemsnitlige udgift pr. patient må ikke stige. Muligheder for øget brug af holdbehandling kan være emne for dialogen i de lokale samarbejdsfora om fysioterapi i kommunerne, samt et indsatsområde for de regionale praksiskonsulenter for fysioterapi.	Årlig opfølgning i Samarbejdsudvalget for Fysioterapi er gennemført

	Det er et fælles mål, at andelen af holdydelser ved vederlagsfri fysioterapi i alle kommuner stiger og nærmer sig de kommuner, der har den højeste andel af holdydelser. Dette må ikke betyde, at de gennemsnitlige udgifter pr. patient stiger. Området analyseres med henblik på at sikre, at målet opfyldes.	Andelen af holdbehandling er steget.
	Der skal i regi af Samarbejdsudvalget for Fysioterapi følges op på brugen af hjemmebehandling, herunder samspillet med eventuelle øvrige træningstilbud i kommunalt regi. Det er endvidere vigtigt, at der ved henvisning til hjemmebehandling er fokus på, at hjemmebehandling ikke nødvendigvis er en varig behandling.	Delvist opfyldt.
	Udvidet brug af årlig kontrolstatistik med fokus på de gennemsnitlige udgifter på både yder- og klinikniveau, samt brug af individuelle behandlinger til patienter med progressiv sygdom.	Opfyldt. Fremadrettet kommer kontrolstatistikken til at ske på klinikniveau jf. ny overenskomst.
Databaseret opfølgning	Samarbejdsudvalget for Fysioterapi årligt laver en opfølgning i forhold til aktivitet og økonomi på fysioterapiområdet således, at der efter behov kan igangsættes yderligere udgiftsdæmpende tiltag. Nøgletal for aktivitet og økonomi udarbejdet af de centrale parter inddrages i videst muligt omfang i denne opfølgning.	Opfyldt
	For at kunne følge udviklingen i de kommunale tilbud om vederlagsfri fysioterapi er der behov for at tilvejebringe sammenlignelige data vedrørende aktivitet og udgifter om de kommunale tilbud.	Delvist gennemført (KL opgør aktivitet m.v. men ikke udgifter på området)

Ridefysioterapi	
Hvad	Vurdering
Der vil ikke blive opslået nye ydernumre til ridefysioterapi. Hvis en fysioterapeut ophører med at praktisere og ikke overdrager ydernummeret, vil der ikke blive opslået nyt ydernummer.	Opfyldt og videreføres i ny praksisplan
Der skal være fokus på henvisningspraksis til vederlagsfri ridefysioterapi således, at henvisningspraksis er ensartet på tværs af kommuner og regionerne. Som ved en den vederlagsfri fysioterapi, tages initiativ til analyse af henvisningspraksis og tilbud om undervisning af praktiserende læger i forhold til vederlagsfri ridefysioterapi.	Opfyldt
Ridefysioterapeuter, som ønsker at udvide til flere praksisadresser, flytte deres praksisadresser (Rideskole) eller udvide deres kapacitet, skal søge Samarbejdsudvalget for fysioterapi om tilladelse hertil. For ridefysioterapeuter tiltrådt før 2007 gælder de geografiske dækningsområder aftalt i de tidligere amter. En eventuel godkendelse af ansøgning om flere praksisadresser eller flytning af praksisadresse må ikke betyde en udvidelse af den ridefysioterapeutiske kapacitet i regionen. Hvis ridefysioterapeuter overtager et ydernummer og dermed tiltræder overenskomsten, skal ridefysioterapeuten søge Samarbejdsudvalget om tilladelse til praksis for hver praksisadresse, således at der laves aftale om geografisk dækningsområde i form af, hvilken kommune rideskolen er placeret i. De involverede kommuner skal altid høres i forbindelse med behandling af ansøgninger vedrørende praksisadresser og kapacitet.	Opfyldt og videreføres i ny praksisplan
Det fremgår af overenskomsten for ridefysioterapi under anmærkning til § 14, stk. 3: "Af hensyn til kvaliteten af ydelsen bør det tilstræbes at der mindst udføres ridefysioterapi i 10 timer ugentligt på hver praksisadresse (rideskole), således at personalet opnår den nødvendige erfaring og rutine". Der støttes op om denne anbefaling.	Er fortsat en del af overenskomsten
Der iværksættes snarest et udredningsarbejde, der skal skabe mere klarhed over praksisforhold for ridefysioterapeuter, herunder mere klarhed om aftaler i forhold til geografisk dækningsområde for de enkelte ridefysioterapeuter. Region og Kommuner ønsker at arbejde for at skabe bedre styrbarhed på området generelt.	Opfyldt.

Kvalitetsudvikling – initiativer i nuværende praksisplan	
Hvad	Vurdering
Der skal tages initiativer med henblik på, at alle fysioterapipraksis i regionen anvender datarapporterne til løbende kvalitetsudvikling. Der forventes i forlængelse heraf udviklet indikatorsæt til monitorering på udvalgte behandlingsområder.	Opfyldt
At fysioterapipraksis i Region Midtjylland medvirker i pilotafrøvning, monitorering og videreudvikling af datafangst og brug af kvalitetsrapporter, herunder at praksiskonsulenter fra Region Midtjylland inddrages i arbejdet med at udarbejde nationale indikatorsæt på udvalgte områder.	Opfyldt
At Kvalitetsudviklingsudvalget medvirker til fastlæggelse af, hvordan der i Region Midtjylland skal arbejdes med implementering af faglige retningslinjer og nye udviklingstiltag. Et særligt indsatsområde er endvidere implementering af retningslinjer og faglig evidens i forhold til ridefysioterapi	Opfyldt
At der etableres et brugbart redskab til indsamling af patienternes oplevelse af fysioterapibehandlingen der angiver både resultater for den enkelte klinik såvel som for hele regionen.	Forventes at komme til at indgå i den danske kvalitetsmodel fremadrettet.
At der fortsat støttes op omkring den løbende udvikling af kvaliteten i fysioterapipraksis, herunder gennem brug af udviklingspraksis.	Opfyldt
At praksiskonsulenterne fortsætter arbejdet med igangsatte og planlagte kvalitets- og samarbejdsinitiativer i tæt samarbejde med Samarbejdsudvalg og Kvalitetsudviklingsudvalg.	Opfyldt
At forskning på det fysioterapeutiske område og særligt det muskuloskeletale og ridefysioterapeutiske områder styrkes. Det kan med fordel ske i et tværsektorielt perspektiv.	Delvist opfyldt.

Samarbejde – initiativer i nuværende praksisplan	
Hvad	Vurdering
At arbejdsgange vedrørende kommunikation og koordinering i konkrete patientforløb aftales lokalt	Delvist opfyldt
At mulighederne for sikker, elektronisk kommunikation udbredes, herunder elektronisk korrespondance.	Delvist opfyldt
At der udvikles arbejdsgange, der sikrer, at fysioterapi ved praktiserende fysioterapeuter til borgere på plejecentre og bosteder dokumenteres i borgerens elektroniske journal.	Delvist opfyldt
At samarbejdet i de lokale samarbejdsfora fortsat udvikles, herunder at også ridefysioterapeuter deltager i de lokale samarbejdsfora.	Delvist opfyldt
At der arbejdes videre med at forbedre kommunikationen mellem fysioterapien og almen praksis, herunder at praktiserende fysioterapeuter får redskaber, som forbedrer og effektiviserer processen med at udfærdige epikriser, samt at antallet af epikriser stiger.	Ikke opfyldt
At der arbejdes på at opstille standardformuleringer med henblik på at kvalificere tilbagemelding, når fysioterapeuterne anbefaler egen læge at viderehenvise patienter til behandling i hospitalsregi.	Opfyldt
At fysioterapeuter anvender ICPC 2 – DK diagnosekodning ved epikriser til almen praksis. ICPC 2 – DK er den danske udgave af et internationalt kodningssystem udviklet til praktiserende læger.	Opfyldt
At der foretages en opfølgende audit på kvaliteten i praktiserende lægers henvisninger til fysioterapi og epikriser fra de praktiserende fysioterapeuter ultimo 2015/primo 2016.	Ikke opfyldt
At der fremadrettet afprøves modeller for tættere samarbejde mellem praktiserende fysioterapeuter og almen praksis, hvor parterne indgår i samarbejde med udgangspunkt i de respektive overenskomster.	Opfyldt
At der fortsat er fokus på, at ordningen for udvidet rygdudredning bruges.	Opfyldt
At der i planperioden arbejdes på at forbedre kommunikationsmuligheder mellem rygcentre og praktiserende fysioterapeuter, herunder rygcentrets adgang til oplysninger om udredning og behandling foretaget i primærsektoren, samt praktiserende fysioterapeuters adgang til rygcentrets anbefaling for fremtidig behandling i praksissektoren.	Delvist opfyldt