

Økonomiprincippet i sundhedsaftalen

Det bærende princip om økonomi i sundhedsaftalen indeholder flere elementer:

- Når vi indgår aftaler, der ændrer på opgavevaretagelsen mellem kommuner og region, er der enighed om, at de økonomiske konsekvenser skal være klarlagt, så der er gennemsigtighed for alle parter i det fælles beslutningsgrundlag.
- Vi er enige om, at udviklingen af det samlede sundhedsvæsen kan finansieres ud fra et princip om, at der over tid er en fair balance i økonomien mellem kommuner og region. (For almen praksis gælder særlige forhold.)
- Vi fortsætter og videreudvikler samarbejdet der, hvor der er sundhedsgevinster at hente for borgeren og effektiviseringer for kommuner og region.
- Endelig skal region og kommuner i fællesskab søge at påvirke de nationale rammer og de årlige økonomiforhandlinger.

En fair balance over tid

Både de regionale og kommunale opgaver samt det tværsektorielle samarbejde er dynamiske og under udvikling. Udviklingen af det nære sundhedsvæsen indebærer både, at opgaver overdrages (skifter fra en sektor til en anden), og at opgaver innoveres og ændrer karakter. Dvs. at opgaveløsningen gentænkes, så den adresserer netop de udfordringer, der karakteriserer sundhedsområdet.

Ved aftaler er gennemsigtighed i forhold til de økonomiske konsekvenser en vigtig del af et fælles beslutningsoplæg, men angiver ikke i sig selv, hvordan økonomien skal håndteres i en konkret aftale. Afhængig af den konkrete sag/aftale, kan der være forskellige veje at gå for at sikre en fair balance over tid:

- Aftaler om udvikling af indsatser, der er en investering, som på sigt kan bidrage positivt til effektivitet og velfærdsøkonomi, og hvor hver part bidrager på forskellig vis inden for egne budgetter. Fx omlægning af hjerterehabilitering, tiltag ift. bedre koordinering i patientforløb (den rette indsats til borgeren første gang).
- Aftaler, der indebærer omfattende ændringer i opgaver og ressourcer, og hvor der er behov for at kompensere en eller flere parter i et eller andet omfang for at opnå en fair balance. Det kan ske ved, at der følger penge med "over bordet". Fx IV-aftale.
- Indsatser, hvor der tilvejebringes nye/eksterne midler nationalt eller regionalt. Fx har kommunerne (delvist) fået nationale midler til akutfunktioner, der gør en forskel for borgeren og samtidig aflaster hospitalerne.

Kommissorium:

Styregruppen for fælles telemedicinske og digitalt understøttede sundhedsløsninger i Midtjylland

Kommissorium:
Styregruppen for fælles telemedicinske og digitalt understøttede sundhedsløsninger i Midtjylland
Formandskab: Delt (regionalt/kommunalt – vælges blandt de kommunale og regionale repræsentanter)
Sekretariat: Sundhedsaftale sekretariatet (SAS):
Status: Permanent i den kommende sundhedsaftale periode

Tidsplan:	
03.05.2019	SSG godkender kommissoriet
Maj-juni	Udpegninger til Styregruppen
September	Første møde
Herefter møde kvartalsvis (eller efter behov).	

Styregruppens medlemmer: De kommunale og regionale repræsentanter forventes udpeget blandt sundheds- og ældrechefer, it/digitaliseringschefer, kontorchefer, chefer for sundheds-it eller tilsvarende. Der bør ved udpegningen af kommunale og regionale repræsentanter tilstræbes at medlemmer af relevante nationale forretningsstyregrupper/beslutningsfora kan indgå så der sikres sammenhæng.
Fra kommunerne: 2-3 repræsentanter
Fra regionen: 2-3 repræsentanter
Fra PLO-M: 1 repræsentant

Repræsentanter for de driftsløsninger der er omfattet:

1. Baggrund:

I den kommende sundhedsaftale for perioden 2019-2023 er det visionen at der i Midtjylland skabes *"Et nært og sammenhængende sundhedsvæsen i balance er et sundhedsvæsen, hvor alle har lige muligheder for et sundt og langt liv, hvor alle borgere er aktivt inddraget i egen sundhed, hvor flere sundhedsløsninger bliver løftet i det nære, og hvor vi får mere sundhed for pengene"*. Fælles telemedicinske og digitalt understøttede sundhedsløsninger står centralt i forhold til at omsætte visionen. Konkret nævnes telemedicin som en del af den vision der handler om sundhedsydelser **"På borgerens præmisser"**. *"Vi understøtter derfor borgeren i at klare mest muligt selv med tilbud om brugerstyring og telemedicinske løsninger, der understøtter egen mestring, egen træning mv"*. Visionen om **"Sundhedsløsninger tæt på borgeren"** vil også bero på at der kan tilbydes velfungerende telemedicinske løsninger.

"Det er til gavn for den enkelte borger at få en behandling og en indsats, der griber mindst muligt ind i hverdagen. Der er meget livskvalitet at hente ved at modtage behandling i de nære omgivelser. Det stiller krav til indretningen af sundhedsvæsenet og et stærkere fokus på hvilke opgaver, der kan løses og forankres tættere på borgernes hverdag. Det gælder både i forhold til behandling, tidlig opsporing og forebyggelse".

Der findes allerede i dag en række forskellige løsninger der på forskellig vis kan medvirke til at realisere sundhedsaftalens visioner. Telemedicinsk sår vurdering har siden 2015 været udbredt til alle kommuner og hospitaler i Midtjylland. Telemedicinsk hjemmemonitorering forventes i drift om 1 år, og den fælles telemedicinske infrastruktur som vil samtidig udgøre en platform for at løsninger til flere sygdomsområder kan afprøves og udbredes. Allerede nu tegner hjertesygdom til at blive det næste område hvor der skal implementeres telemedicin i stor skala.

For at kunne fastholde og videreudvikle de løsninger som implementeres, er der et behov for en fælles styringsmodel blandt sundhedsvæsenets aktører i Midtjylland. En styringsmodel som både omfatter den tekniske og organisatoriske drift.

2. Formål/mål

Blandt de bærende principper for samarbejdet som skal omsætte sundhedsaftalen til handlinger peges der konkret på it, data og telemedicin på tværs. *"Flere borgere skal ved hjælp af telemedicinske løsninger understøttes i at klare mest muligt selv. Og kommunikation på tværs af hospitaler, kommuner og almen praksis skal være understøttet digitalt. Det*

fordrer, at vi i tilstrækkelig grad kan dele data på tværs”.

For at kunne gøre dette er det målet at etablere en overordnet styringsmodel, som skal styrke det tværsektorielle samarbejde inde for telemedicin og digitaliseringsområdet med henblik på at løfte indsatser i sundhedsaftalen på en kvalificeret og prioriteret måde. Det langsigtede mål er at fastholde og udvikle det eksisterende samarbejde om telemedicinske og digitalt understøttede sundhedsløsninger på tværs af sektorerne i Midtjylland. Særligt skal der være fokus på at fastholde og videreudvikle løsninger som sættes i drift. Desuden er målet at styrke sammenhængen mellem det operationelle og strategiske niveau, samt mellem drift og udvikling af nye løsninger. Målet er således at løfte det styringsbehov, der er på området mellem drift på brugerniveau, det strategiske og styringsmæssige niveau i Midtjylland og det nationale beslutningsniveau.

3. Styregruppens opgaver

Styregruppen for fælles telemedicinske og digitalt understøttede sundhedsløsninger i Midtjylland er ansvarlig for en samlet og koordineret styring og videreudvikling af løsninger i drift, sammenhæng til lokale/regionale og nationale udviklingsprojekter samt en sikring af den fornødne fremdrift i såvel de løsninger som er forankret i drift som projekter der skal overgå til drift. Den samlede og koordinerede styring sker ud fra de bærende principper, som er aftalt i sundhedsaftalen.

Styregruppen har indledningsvis defineret følgende opgaver:

- Skabe og sikre sammenhæng mellem de løsninger der indgår i styregruppens portefølje. Sammenhæng skal forstås i forhold til de drifts- og udviklingsmæssige beslutninger der skal træffes både lokalt (hospital/kommune), fælles i Midtjylland og nationalt.
- Efter behov bidrage til, og understøtte mandatet hos de midtjyske repræsentanter i nationale beslutningsfora
- Sikre at der sker en løbende opfølgning på de fastlagte målsætninger for driften af løsninger. Understøtter løsningerne god faglig kvalitet? Sker det på borgernes præmisser? Er løsningerne relevante ud fra en samfundsøkonomisk betragtning?
- Afklaring og prioritering vedr. driftsløsninger (eksempelvis prioritering af ønsker til nationale løsninger)
- Med bemyndigelse fra Sundhedsstyregruppen kan styregruppen træffe strategiske og økonomiske beslutninger i relation til driftsløsningerne.
- Understøtte udbredelse, fastholdelse og implementering
- Ansvar for at der tages initiativ til revision af Samarbejdsaftaler og sammenhæng til sundhedsaftalen visioner og principper.
- Videreformidle data til relevante ledelsesfora.
- Understøtte relevant information og kommunikation internt i Midtjylland samt mellem nationale fora (brugergrupper,

forretningsstyregrupper og øvrige fora).

4. Økonomi og ressourcer

Styregruppen for fælles telemedicinske og digitalt understøttede sundhedsløsninger i Midtjylland nedsættes som en permanent gruppe i hele aftaleperioden 2019-2023. Styregruppen forventes kontinuerligt at arbejde med opfølgning og udvikling af eksisterende driftsløsninger samt forskellige udviklingsopgaver. Der vil løbende være behov for sekretariatsbistand til at understøtte gruppens arbejde. Sundhedsaftale sekretariatet varetager sekretariatsbetjeningen.

5. Øvrige bemærkninger

Reference og arbejdsgang:

Styregruppen nedsættes af Sundhedsstyregruppen og i Styregruppen for fælles telemedicinske og digitalt understøttede sundhedsløsninger fastlægges arbejdet ud fra de strategiske og økonomiske retningslinjer som Sundhedsstyregruppen har besluttet.



Opsamling på møde i Den Kommunale Sundhedsstrategiske gruppe (DKS) d. 18. sept. 2019

Tema: Fælles teknologier som en del af det nære sundhedsvæsen

1.a Nationale perspektiver

1.b MTIC – en del af den teknologiske fødekæde

1.c Telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL (TeleKOL) – status og perspektiver

1.d Fælles Servicecenter (FSC) – løsninger og behov i det nære sundhedsvæsen



Opsamling på møde i Den Kommunale Sundhedsstrategiske gruppe (DKS) d. 18. sept. 2019

Tema: Fælles teknologier som en del af det nære sundhedsvæsen

1.a Nationale perspektiver

Overordnet stor fokus på muligheden for at anvende sundhedsdata. Data kan være i form af ydelsesdata, registreringer, hjemmemålinger, PRO-data mm.

1.b MTIC – en del af den teknologiske fødekæde

Om MTIC:

- MTIC arbejder på at matche behov og løsninger i samarbejde mellem region, kommuner, vidensinstitutioner og erhvervsliv. Hvordan gøres de kommunale behov tilstrækkeligt synlige?
- Fokus på avancerede løsninger – medfører større kompleksitet.
- MTIC's medvirken går fra behov til prototype test. Det kan omfatte afprøvning af teknologier på forskellige modenhedsniveauer. Herunder fokus på brug af sundhedsdata.

Drøftelsen på mødet:

- Forankringen af MTIC initiativer bør ske i klyngerne/klyngesamarbejdet.
- Kan der aftales en arbejdsdeling? Hvem prøver hvad på vegne af fællesskabet (de øvrige kommuner/hospitaler)?
- Færre projekter – mere fokusering
- Mere klar og tydelig kommunikation om, hvad MTIC arbejder med af projekter og hvem der er involveret.
- Et ønske om mere målrettet formidling af, hvilke konkrete løsninger der er skabt eller arbejdes med? Hvad skabes/er skabt? Hvor sker det? Og til hvem (målgruppe, aftager)?
- Der kan forventes nye behov afhængig af den kommende struktur på sundhedsområdet. Kan MTIC være en strategisk partner for kommunerne?
- En ressource som kan bruges i konkrete forløb



Opsamling på møde i Den Kommunale Sundhedsstrategiske gruppe (DKS) d. 18. sept. 2019

1.c Telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL (TeleKOL) – status og perspektiver

Overordnet

Der er fokus på at gøre telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL så generisk, at den kan anvendes til en række andre sygdomsområder (hjertesvigt som næste sygdomsområder nævnes i ØA2020).

De tekniske løsninger i form af infrastruktur og telemedicinske løsninger til borgere og medarbejdere kan anvendes, tilpasses og videreudvikles efter behov. Der er skabt et tæt og enestående samarbejde i kraft af den fælles anskaffelse af infrastruktur og to store indkøbsfællesskaber (Vest og Øst) som har købt løsninger til borgere og medarbejdere.

Drøftelser på mødet

- Der er opbakning til en organisering som 24/7 er i stand til at monitorere og rådgive borgere med KOL, der oplever en akut forværring af deres sygdom. Ambitionen er at tilbyde den relevante behandling, der hvor borgeren er, for derved at aflaste de fælles akutmodtagelser og vagtlægerne.
- Forventet statslig pulje, hvor der kan søges om delvis finansiering til at udvikle "Samblik" – fælles digital forløbsplan til både KOL og diabetes (i samarbejde med Steno Diabetes Center Aarhus). **Fremgår også af Sundhedsstyrelse (SSG) dagsorden 25/9 2019**

Supplerende overvejelser

- Overvejelse om der med fordel kan etableres en fælles projektøkonomi mellem region og kommuner med inspiration fra TeleCare Nord. **Fremgår også af SSG dagsorden 25/9 2019**



Opsamling på møde i Den Kommunale Sundhedsstrategiske gruppe (DKS) d. 18. sept. 2019

1.d Fælles Servicecenter (FSC) – løsninger og behov i det nære sundhedsvæsen

Overordnet

FSC kan blive en platform til at understøtte de ydelser der efterspørges i det nære sundhedsvæsen. Ikke kun understøttelse af telemedicinske/digitale sundhedsydelser men også produkter til hjemmebehandling. Den etablerede driftsramme giver incitament til at bruge de funktioner som FSC stiller til rådighed. Jo større udnyttelsesgrad desto billigere anvendelse.

Hvis FSC skal blive en succes er det nødvendigt løbende at overveje hvilke løsninger – både lokale og fælles – der med fordel kan håndteres i regi af FSC.

Der er behov for at beslutte den fremtidige struktur for FSC. Der er udarbejdet juridisk responsum vedrørende de mulige konstruktioner. Der er behov for en bæredygtig struktur ift. opgaveløsning. FSC anbefaler en foreningskonstruktion **Dette er også en del af dagsordenen til SSG 25/9 2019.**

Præsentation af det igangværende fælles stomiudbud og den rolle som FSC kan spille ift. service, support og logistik på vegne af kommuner og hospitaler.

Drøftelser på mødet

- Kan FSC også bruges til koordinering så lagerbinding kan begrænses? (eksempelvis til særlige hjælpemidler)
- Hvilke opgaver kan bedst løses i fællesskab (større skala)? Hvilke kan bedst løses lokalt?

**Administrativt høringssvar fra Favrskov Kommune til Praksisplan for fysioterapi**

Favrskov Kommune takker for muligheden for at afgive bemærkninger til høringsudkast til praksisplan for fysioterapi i Region Midtjylland.

Favrskov Kommune tilslutter sig, at der fortsat arbejdes for, at den gennemsnitlige udgift per patient, og at omfanget af borgere der modtager fysioterapi, skal nærme sig landsgennemsnittet. Det anerkendes samtidig, at kapaciteten på regionsplan ikke udvides i perioden for den nye praksisplan.

Favrskov Kommune er dog bekymret for anbefalingen om, at der som udgangspunkt ikke flyttes kapacitet på tværs af kommuner. Det fremgår af praksisplanen, at der er tendens til dårligere kapacitetsdækning, og dermed flere borgere per fuldtidskapacitet, i den østlige del af regionen end i den vestlige del af regionen. Den skæve fordeling af kapaciteten må forventes yderligere øget i takt med, at befolkningen ventes at vokse mest i den østlige del af regionen.

Med sundhedsaftalen er det aftalt, at der skal være geografisk lighed i den midtjyske region. Når der kan konstateres en ulige fordeling af kapaciteten, er det derfor uhenigtsmæssigt at begrænse mulighederne for at flytte kapacitet på tværs af kommunegrænser. Favrskov Kommune ser derfor også gerne, at der igangsættes en undersøgelse af, hvordan der tilvejebringes en mere ligelig fordeling af kapaciteten inden for regionen.

Endelig finder Favrskov Kommune det positivt, at der i praksisplanen sættes særligt fokus på at styrke viden om effekterne af god fysioterapi gennem bl.a. forskning og effektmålinger. Ligeledes er det positivt, at der er fokus på at fremme dialogen og samarbejdet mellem praktiserende fysioterapeuter og øvrige sundhedstilbud.

Postadresse:

Favrskov Kommune
Social og Sundhed
Sekretariatet
Skovvej 20
8382 Hinnerup

Tlf. 8964 1010

favrskov@favrskov.dk
www.favrskov.dk

22. august 2019

Sagsbehandler:

Maria Friis Hansen
Tlf. 89642119
mfha@favrskov.dk

Personlig henvendelse:

Favrskov Kommune
Social og Sundhed Sekretariatet
Torvegade 7
8450 Hammel

Sagsnr.

710-2019-29684

Dokument nr.

710-2019-169849

Med venlig hilsen

Kate Bøgh
Social- og Sundhedsdirektør

Sundhedsplanlægning i Region Midtjylland
SUNSPL@regionmidtjylland.dk, (cc: trioks@rm.dk og ssim@aarhus.dk)

Høringssvar fra Syddjurs Kommune til praksisplan for fysioterapi

Indledende

Indledningsvis vil Syddjurs Kommune takke for muligheden for, at afgive høringssvar ift. Praksisplan for fysioterapi.

Syddjurs Kommune vil gerne bifalde styrken i, at praksisplanen er en fælles plan mellem kommune og region. Vi anser det for værende positive tiltag, at fokusere på høj kvalitet og at dialogen på tværs skal styrkes, men også at udgifterne ønskes nedbrag til, at være på niveau med landsgennemsnittet og at der ikke sker kapacitetsudvidelser.

Praksisplanen indeholder mange gode takter og forslag til styrkelse af området. Dog bør det nævnes, at der er flere steder i planen, hvor det ikke fremgår tydeligt, hvem der bærer ansvaret. Dette bør tydeliggøres, hvor det er muligt for at sikre at handling eller opfølgning sker.

2. Overblik over praksisplanen

Samarbejde (s.7)

Syddjurs Kommune værdsætter tiltagene omkring samarbejde. Vi skal alle medvirke til at sikre borgerne et sammenhængende forløb.

I høringsudkastet står der flere steder (nævnes igen s.36) "Kommuner, fysioterapeutklinikker og ridefysioterapeuter opfordres således til, at etablere en fast og formel samarbejdsstruktur". Da der kun *opfordres* til dette må vi stille spørgsmålstejn ved, om det kommer til at ske? Hvad er incitamentet for at etablere denne struktur og samarbejde?

Vi foreslår at der, hvis muligt, bør stilles krav om en fast og formel samarbejdsstruktur, der skal fordre mere sammenhængende forløb og bedre brug af ressourcer til gavn for borgere og økonomien.

Er det drøftet, hvordan førnævnt struktur etableres? Får de nævnte parter understøttelse til, at etablere denne struktur ved hjælp af en digital platform eller andet, som gør det let at samarbejde?

Det bør overvejes konkret, hvordan et sådan samarbejde kan understøttes og inddrage dette som en del af praksisplanen for fysioterapi. Hvis vi fra det offentlige ikke stiller krav om det og heller ikke er behjælpelige

med platform eller lignende, er det svært for os at se, at der bliver etableret en fast og formel samarbejdsstruktur.

Der ses positivt på initiativer der bl.a. kan fremme fælles sprog og tilgange (s.8). Det bør her være mere tydeligt, hvem der skal sørge for at det sker. I de følgende punkter står der eksempelvis "Der arbejdes videre med to spor..." "Der arbejdes videre med at forbedre kommunikationen...". Det ønskes her tydeliggjort, hvem det er der har fokus på dette er det KOSU, regionen, kommunerne eller? I en sådan plan må ansvarsfordelingen gerne være tydelig.

3. Fysioterapi i praksissektoren

Fremtidens fysioterapipraksis (s.9)

Syddjurs Kommune vil gerne anerkende den anvendte tilgang og beskrivelse af udfordringerne, som området står overfor og de tanker der er gjort omkring dette, herunder inddragelse af *Hvordan har du det* – data.

Som vi læser det forventes der på baggrund af HHDD-undersøgelsen en stigning i efterspørgsel på området, da hver femte borger har muskel-skelet-sygdomme. Ligeledes nævnes det, at nogle kommuner Lemvig, Norddjurs, Skive og Struer har større sygdomsforekomst. Ses der en stigende efterspørgsel på fysioterapi i disse kommuner? Udviklingen vil muligvis kunne give en indikation af om det stigende antal syge borgere faktisk medfører en stigende henvendelse til fysioterapiområdet.

Det er positivt, at der ønskes mere forskning på området og at der bør rettes mere fokus på effektiv behandling. Det anses også som værende meningsfuldt, at igangværende projekter fra eksempelvis Region Hovedstaden følges.

Almen fysioterapi (s.11)

Det angives, at størstedelen af patienterne har en mellemlang videregående uddannelse og at de hyppigste diagnoser er lænderyg- og nakkeproblemer. Dette kan give anledning til at spørge, om der er noget i forhold til henvisningspraksis, som vi skal være opmærksomme på? I forlængelse af dette, er der mere vi kan gøre for at styrke forebyggelse og indsats på netop disse områder, med det formål at nedbringe udgifterne til behandling, styrke livskvalitet herunder den mentale sundhed?

Vederlagsfri fysioterapi (s.13)

Syddjurs Kommune har haft stigende udgifter til vederlagsfri fysioterapi, derfor bifaldes den indførte økonomiske ramme, der er vedtaget gennem den nye overenskomst. Vi bakke i Syddjurs Kommune op om linjen fra tidligere praksisplan, i forhold til, at der ikke må ske en kapacitetsudvidelse på området, og at udgifterne skal nærme sig landsgennemsnittet. Det er fortsat vigtigt for Syddjurs Kommune at følge data om aktivitet og økonomi, som hidtil er praksis.

7. Kapacitet og praksisforhold – ridefysioterapi (s.33)

Syddjurs Kommune er enig i, at der ikke er behov for at øge kapacitet inde for ridefysioterapi. Vi bakker op om de tiltag, der er gjort i gennem forrige og nuværende praksisplan.

8. Kvalitetsudvikling

Syddjurs Kommune vil interesseret følge oplægget til det øgede fokus på kvalitetsudvikling i praksisplanen. Det er et vigtigt område, der kan stille skarpt på hvilke effekter borgerne kan forvente af forskellige typer af fysioterapi, og om der er typer af behandling, som skal prioriteres frem for andre. Dette kan fremme beslutnings og prioriteringsperspektiver på området.

9. Samarbejde

Se kommentar fra afsnit 2. Overblik over praksisplanen.

I Syddjurs Kommune har der været afholdt dialogmøder mellem privatpraktiserende fysioterapeuter, læger og Syddjurs Kommune i forsøg på at styrke samarbejdet. Der opleves fra alle parter et ønske om at etablere en fast og mere formel samarbejdsstruktur. Det var kommunens oplevelse, at det for alle parter var svært at finde en struktur eller platform for samarbejdet i forhold til blandt andet bedre kommunikation.

Vi forestilles os, at dette må være en generel problemstilling, som opleves flere steder i regionen. Syddjurs Kommune har et ønske om, at der fra centralt hold laves et konkret forslag til, hvordan en formel samarbejdsstruktur kan se ud. Denne ville efterfølgende kunne afprøves og udbredes på tværs af regionen.



Holstebro Kommune hilser udkast til praksisplanen for fysioterapi velkommen og er grundlæggende enig i praksisplanens overordnede anbefalinger.

Holstebro Kommune bemærker, at der i praksisplanen særligt fokuseres på de styringsmæssige udfordringer, der opleves inden for fysioterapiområdet. Holstebro Kommune bakker op om de initiativer, som praksisplanen foreslår i den henseende og finder det positivt, at regionen adresserer, at der er behov for yderligere initiativer. Dette særligt med tanke på, at udgifterne pr. behandlet borger, trods flere initiativer fra den stadigt gældende praksisplan, har været stigende i perioden 2015-2017 og er de højeste sammenlignet med de andre regioner. Denne udvikling bekymrer også Holstebro Kommune.

I forlængelse heraf ønsker Holstebro Kommune en undersøgelse af, *hvorfor* Region Midtjylland ligger over gennemsnittet inden for individuel behandling i vederlagsfri fysioterapi og er den region, der giver flest ydelser per borger. Holstebro Kommune finder det essentielt at vide, hvad vi / borgerne får ud af de ekstra udgifter og om gevinsterne står mål med de ekstra udgifter.

Vi kunne også ønske, at analysen inddrager det element, om borgerne ved modtagelse af færre ydelser vil kunne opnå samme funktionsniveau.

Holstebro Kommune ser gerne, at kommunernes egne tilbud inden for vederlagsfri fysioterapi bliver medtaget i tal- og tabelmaterialet. Holstebro Kommune foreslår derfor, at der fremadrettet sker en registrering og opsamling af den samlede kapacitet inden for fysioterapi, herunder fysioterapi, som udføres af kommunerne selv samt private praksisser, der har en aftale med kommunerne. Flere kommuner har oprettet egne tilbud (7 kommuner i 2015 versus 11 i 2019) i løbet af perioden for den nuværende praksisplan, hvilket tyder på, at den samlede kapacitet er øget.

Holstebro Kommune vil gerne opfordre til, at der skabes et større udbud af fysioterapeuter med specialviden om sjældne sygdomme. Vi har et ønske om, at vi i højere grad kan tilgode se behovet hos borgere med sjældne diagnoser og sikre leverance af kompetencer, der matcher mere sjældne diagnosegrupper.

Forespørgslen kommer på baggrund af, at vi i Holstebro Kommune møder enkelte borgere med sjældne diagnoser, som oplever, at deres særlige behandlingsbehov ikke kan tilgodeses hos etablerede fysioterapeuter med ydernummer i lokalområdet.

Holstebro kommune vil følge det fortsatte beslutningsproces for praksisplanen og ser frem til, at den træder i kraft 1. december 2019.

Høringssvar - Praksisplan for Fysioterapi Region Midtjylland og de midtjyske kommuner

Ikast-Brande Kommune takker for den tilsendte høring og har med interesse læst praksisplanen.

Praksisplanen har særligt fokus på;

1. At sikre en effektiv fysioterapi af høj kvalitet
2. At der ikke sker en udvidelse af kapaciteten
3. At udgiften pr. patient bringes ned på niveau med landsgennemsnittet
4. At styrke dialogen og samarbejdet på tværs af sektorer

Ad 1 - Høj kvalitet

Ikast-Brande Kommune bakker fortsat op om, at evidensen og forskningsindsatsen på det fysioterapeutiske område skal styrkes. Ikast-Brande Kommune vil gerne henlede opmærksomheden på behovet for forskning, som omhandler flest mulige faser af længerevarende sygdomsforløb, som rækker ud over muskel-skelet sygdom.

Desuden ser Ikast-Brande Kommune positivt på indsatsen om at fremme holdtræning i den vederlagsfri ordning, således at Region Midtjylland minimum kan komme ned på landsgennemsnittet ifht antallet af individuelle behandlinger pr. patienter. Desuden er det vigtigt med det omtalte fokus på, at det er de rette patienter, der har effekt af indsatsen, der henvises og at patienter, der ikke har effekt af indsatsen afsluttes i ordningen.

Ikast-Brande Kommune havde gerne set, at praksisplanen i højere grad havde tydeliggjort visionen om sammenhængende patientforløb i anbefalingerne, særligt inden for det vederlagsfri område, hvor der ofte er tale om en kompleks patientgruppe med kombinerede behov. I forhold til at skabe sammenhængende forløb uden dublering af tilbud kunne praksisplanen med fordel rette fokus mod dublering.

Ikast-Brande Kommune tilslutter sig, at der i forbindelse med Den Danske Kvalitetsmodel etableres et redskab til måling af patientoplevelet tilfredshed. En mulighed kunne også være en præcisering af vigtigheden med at opstille mål for patienternes træning herunder dokumentation af målopfyldelse. Dette er et område patienterne selv efterspørger mere synlighed og inddragelse i¹.

Ad 2 og 3 – kapacitet og økonomi

Ikast-Brande Kommune bakker op om, at det samlede udgiftsniveau per borger til almen og vederlagsfri fysioterapi i Region Midtjylland skal nærme sig landsgennemsnittet. Ikast-Brande kommune ser alle anbefalingerne inden for det kapacitetsmæssige som væsentlige at arbejde konkret videre med.

Ikast Brande kommune ser positivt på, at der er indført en økonomisk ramme for udgifterne på vederlagsfri fysioterapi og vederlagsfri ridefysioterapi, samt at der ikke sker en udvidelse af kapaciteten og nye ydernumre.

¹ Patienters vurdering af vederlagsfri fysioterapi. Enheden for Brugerundersøgelser, 2011.

Vederlagsfri fysioterapi

Region Midt ligger fortsat over landsgennemsnittet ift. udgifter til vederlagsfri fysioterapi, til trods for at en reduktion var et indsatsområde i forrige praksisplan. Ikast-Brande Kommune opfordrer derfor til, at der arbejdes særlig aktivt på reduktion af udgifterne og en reduktion i andelen af borgere, der modtager vederlagsfri fysioterapi i den kommende praksisplansperiode.

Vederlagsfri ridefysioterapi

Region Midt har en højere andel af borgere, der modtager vederlagsfri ridefys end både Region Nord og Region Syddanmark og ligger betydelig højere end landsgennemsnittet. Ydermere har Ikast-Brande Kommune en højere andel af borgere, der modtager ridefys set i forhold til regionsgennemsnittet (jf. tabel side 67), så indsatser, der kan belyse og reducere det øgede forbrug i regionen og i Ikast-Brande Kommune, er ønskeligt. Praksisplanen konstaterer, at kapaciteten ift. ridefysioterapi er tilstrækkelig. Set i lyset af det høje niveau af borgere, er det ønskeligt, at der arbejdes målrettet for at reducere og ikke blot fastholde kapaciteten.

Med den nye overenskomst er undtagelsesredegørelser afskaffet, da redegørelserne ikke havde den fornødne styringsmæssige effekt i forhold til at begrænse antallet af behandlinger. Derfor er det nødvendigt med et vedvarende regionalt og lokalt fokus på at bremse stigningen i udgifter. Dette er særlig væsentligt for Region Midt, da regionens udgiftsniveau ligger over landsgennemsnittet.

Ad 4 - Samarbejde

Ikast-Brande Kommune bakker op om praksisplanens fokus på at styrke dialog og samarbejde på tværs af sektorer. Ikast-Brande Kommune vil gerne opfordre til, at en drøftelse af hvorvidt analysen af praktiserende lægers henvisningspraksis til vederlagsfri fysioterapi kan behandles i kvalitetsklyngerne i almen praksis, hvor der arbejdes med kvalitetsudvikling baseret på data, i såkaldte klyngepakker.

Ikast-Brande Kommune tilslutter sig, at praksiskonsulenterne fortsætter arbejdet med kvalitets- og samarbejdsinitiativer i et tæt samarbejde med Samarbejdsudvalg og Kvalitetsudviklingsudvalg. Ikast-Brande Kommune opfordrer dog til at samarbejde med de enkelte kommuner i højere grad tænkes ind i dette samarbejde.

Ikast-Brande Kommunes mødes flere gange årligt med de privatpraktiserende fysioterapiklinikker, og har et givende og godt samarbejde, som der er ønske om at fortsætte med. Det har dog vist sig, at kommunen ikke har de nødvendige muligheder for økonomisk styring i dette samarbejde. Hvorfor det er nødvendigt, at rammerne for området og den økonomiske styring sker fra regionalt og nationalt hold.

Ikast-Brande Kommune tilslutter sig således praksisplanen med dens fokus på kvalitetsforbedring samt forbedret samarbejde og kommunikation på tværs af sektorer. Velvidende at praksisplanen skal ses i et samspil med overenskomsten, havde det dog været ønskværdigt med mere fokus på det styringsmæssige, med konkrete handlingsanvisende målsætninger.

Med venlig hilsen

IB Lauritsen
Borgmester

Flemming Storgaard
Kommunaldirektør



SKIVEKOMMUNE

29. august 2019

Høringssvar på "Praksisplan for fysioterapi i Region Midtjylland".

August 2019.

Skive Kommune har med interesse læst udkastet "Praksisplan for fysioterapi i Region Midtjylland", og finder generelt planen god og gennemarbejdet.

Vi har dog en enkelt bemærkning til udkastet.

På side 34, under Kvalitetsudvikling er ambitionerne i forhold til styrket dokumentation og forskningsindsats beskrevet.

Skive Kommune kan tilslutte sig behovet for mere forskning i det nære sundhedsvæsen, herunder på fysioterapiområdet.

Der er dog tale om et generelt behov, der ikke alene omhandler fysioterapiområdet, og vi har derfor ikke mulighed for på forhånd at garantere, at forskning på netop dette område vil blive prioriteret.

Da sætningen "Region og kommuner vil derfor prioritere, at der igangsættes forskning inden for dette område" kan læses som en konkret aftale om at afsætte midler til forskning på området, anbefaler vi at sætningen slettes eller omskrives, så det tydeligere fremgår, at der er tale om en generel fælles interesse – ikke en konkret forpligtigelse.

Med venlig hilsen

Simone Olesen
Udviklingskonsulent

**SOCIAL- OG ARBEJDSMARKEDS-
FORVALTNINGEN**
Ledelsessekretariatet

Postboks 509
Torvegade 10
7800
Tlf.:
Fax:
CVR-nr.: 29189579
EAN-nr.

www.skive.dk

Reference: 779-2019-24269

Henvendelse til:
Simone Olesen
Direkte tlf.: 2533 7608
siol@skivekommune.dk



Høringsvar Praksisplan Fysioterapi

Til Sundhedsplanlægning, Region Midtjylland

Lemvig Kommune takker for det fremsendte høringsudkast til "Praksisplan for fysioterapi" med anerkendelse af et stort og flot arbejde med praksisplanen. Lemvig Kommune ønsker at give nedenstående input til høringen.

Fagligt:

Behovet for at fremme kvalitetsudvikling påskønnes og ikke mindst fokus på at sikre effektiv fysioterapi af høj kvalitet. Det er derfor godt, at kvalitetsudvikling, og et fokus på, hvilke effekter borgerne kan forvente af forskellige typer af fysioterapi, er med i praksisplanen. Dette styrker muligheder for at prioritere typer af fysioterapi fremfor andre.

Glædeligt at Nationale Kliniske Retningslinjer implementeres i fysioterapipraksis.

Det er vigtige budskaber der er med i praksisplanen om, at understøtte borgerens ressourcer i forhold til egen træning samt at holdtræning ikke er et supplement til individuel behandling, men en erstatning heraf, når det findes relevant.

Det værdsættes, at arbejdet omkring analyse af praktiserendes lægers henvisningspraksis videreføres (fra nuværende praksisplan). På denne måde afdækkes og rettes op på eventuelle forskelligheder i henvisningspraksis til vederlagsfri fysioterapi.

Økonomisk:

Det påskønnes, at der er etableret en fast ramme for vederlagsfri fysioterapi, og at der modregnes, hvis udgifterne overstiger den aftalte ramme. Desuden, at udgifterne forventeligt vil stagnere de kommende år.

Det kan undre, at den økonomiske ramme er national gældende, fremfor regional. Forventeligt vil det styrke det økonomiske ejerskab blandt lokale fysioterapikapaciteter ved at opføre økonomien mere lokalt? Dette kunne forventeligt også understøtte det beskrevne fokus på at sikre den rette kapacitet i hele regionen?

Dato 14-08-2019

M01 Velfærdssekretariatet
Rådhusgade 2
7620 Lemvig
Telefon: 9663 1200
www.lemvig.dk

J.nr.: 29.21.00A00-2-19

Ref.: PEAA
Dir.tlf.: 9663 1362



Vi ser frem til, at Region Midtjylland lander på landsgennemsnittet i de gennemsnitlige udgifter pr borger der modtager vederlagsfri fysioterapi (altså gives der i Region Midtjylland flere ydelser pr borger), og udgifter til vederlagsfri fysioterapi generelt. Dette set i lyset af, at Region Midtjylland har de højeste udgifter pr. patient sammenlignet med de andre regioner, og ligger over landsgennemsnittet.

Kunne man med fordel skabe læring på tværs af regioner, se på hvilke regioner der gør det godt ift. at styre udgiftsniveauet?

Samarbejde:

Lemvig Kommune vil gerne fortsætte- og bidrage yderligere til styrke sammenhæng i borgerforløb og samarbejdet mellem praktiserende fysioterapeuter der leverer vederlagsfri fysioterapi. Vi har dialogmøder og løbende kontakter om borgerforløb, hvor der måtte være behov for dette. Vi sætter pris på, at der med praksisplanen udarbejdes en vejledning, der beskriver hvilke situationer, hvor der er behov for dialog og at der udarbejdes en generel vejledning til fysioterapeuter og kommunale plejepersonaler i forhold til at optimere samarbejdet omkring borgerens forløb.

Tilgangen fra Lemvig Kommune vil være, at se os som et sammenhængende sundhedsvæsen.

Bemærkninger, oplysninger behæftet med fejl:

Det bemærkes, at der på side 27, i teksten til figur 6b fremhæves, at Lemvig Kommune har den laveste andel af holdydelse med 89%, og i figuren ses at 96% figurerer som holdtræning. Der er divergerende information.

Lemvig Kommune er angivet som leverandør, har egne tilbud om vederlagsfri fysioterapi, s.30+s.46. Det er ikke tilfældet. Al vederlagsfri fysioterapi leveres af private leverandører.

Der er desuden forkerte oplysninger i bilag, s.46, at Bøvling Fysioterapi har bassintræning som satellitklinik i Lemvig Idræts-og Kulturcenter. Det er ikke tilfældet.

Lemvig Kommune er desuden informeret om at Bøvling Fysioterapi pr. 1.9.2019 overgår til Tangsøcentret. Bøvling Fysioterapi har ansøgt om satellitfunktion til netop Tangsøcentret i Bækmarksbro.

På vegne af Lemvig Kommune

Med venlig hilsen

Pernille Kloster Aalund
Sundhedschef

Administrativt høringssvar til praksisplan for fysioterapi

Skanderborg Kommune har med stor interesse læst høringsudkastet til praksisplan for fysioterapi i Region Midtjylland, og påskønner muligheden for at komme med bemærkninger hertil.

Høringsvaret er inddelt i generelle bemærkninger og i specifikke bemærkninger i forhold til indhold og layout i de enkelte kapitler.

Generelle bemærkninger

Skanderborg kommune bifalder, at praksisplanen sætter særligt fokus på effektiv fysioterapi af høj kvalitet samt ønsket om at styrke dialogen på tværs af sektorer i sundhedsvæsenet.

Skanderborg Kommune ønsker, at begrænsninger i kapacitet og de økonomiske rammer sættes i forhold til den demografiske udvikling, udvikling i sygdom og sundhed samt udvikling i uddannelse og rekruttering af sundhedsfagligt personale. Dette med henblik på at belyse hvordan udviklingen af disse forhold kan imødegås, når målet for praksisplanen blandt andet er: *at udvikle kvalitet under kapacitetsmæssige og økonomiske begrænsninger.*

Skanderborg Kommune ønsker, at der i analysen tages højde for, at der i kommuner med større bosteder for borgere med nedsat funktionsevne, er øget behov for fysioterapi, hvilket udfordrer kapaciteten. Det gælder ex i Landsbyen Sølund, hvor 33% af 220 borgere får vederlagsfri fysioterapi.

Det vil være en fordel, at der benyttes prospektive data med henblik på at understøtte de fremadrettede indsatser, herunder tilpasse/allokere ressourcer på området.

Skanderborg kommune ønsker, at praksisplanen forholder sig til kommunernes tilsynspligt i forhold til ridefysioterapi. Fokus kan være at afdække og udarbejde eventuelle fælles kommunale retningslinjer i udmøntning af denne tilsynspligt. Samtidig foreslår kommunen, at kvalitetsudviklings foregår i et tværfagligt samarbejdsforum.

Dato

26. august 2019

Sagsnr.: 29.24.00-P00-2-19

Din reference

Henriette Østerby Nielsen

Tlf.: 21730136

I forlængelse af udarbejdelse af ny samarbejdsaftale om palliation i efteråret 2019 bør der være tværsektoriel fokus på, hvordan der udvikles et fysioterapeutisk tilbud til målgruppen.

Specifikke bemærkninger til indhold og layout

Med henblik på at øge læsevenlighed og overskuelighed i praksisplanen ønskes mere konsistens i anvendelse af begreber, overskrifter, opbygning og indhold i de forskellige kapitler, herunder nummerering og inddeling af over- og underoverskrifter.

Kap. 1 Indledning:

- Afsnittet kan med fordel opbygges med deloverskrifterne: Baggrund, formål og mål for praksisplanen. I den særskilte grå kasse kan man af hensyn til læsevenlighed afklare begreberne yderligere med beskrivelse af målgrupper inden for specialerne. Det anbefales, kategorierne inddeles i følgende fire kategorier tilknyttet et speciale:
 1. Almen fysioterapi, speciale 51
 2. Vederlagsfri fysioterapi, speciale 62
 3. Almen ridefysioterapi, speciale 57
 4. Vederlagsfri ridefysioterapi, speciale 65
- I fjerde dot nederst på side 3 kan ordet "samarbejde" tilføjes, således at ordlyden er "at styrke dialogen og samarbejdet på tværs af sektorer", jf. dot 4, side 5.

Kap. 2. Overblik over tiltag i praksisplanen:

- Skanderborg Kommune foreslår, at afsnittet struktureres med afsæt i de beskrevne mål:
 - At sikre effektiv fysioterapi af høj kvalitet – herunder beskrives overblik over tiltag
 - At der ikke sker udvidelse af kapaciteten – herunder beskrives overblik over tiltag
 - Etc.
- Afsnittet kan med fordel inddeles i følgende underafsnit:
 - Almen og vederlagsfri ridefysioterapi
 - Almen og vederlagsfri fysioterapi

Kap. 3 Fysioterapi i praksissektoren

- Indledningen vedr. sundhedsvæsenets udfordringer til ca. midt på side 9 kan med fordel placeres i kap. 1. indledningen
- Afsnittet omhandlende pilotprojektet *Monitoreringsprojekt fysioterapi praksis 2016* kan der med fordel henvises til i bilag.
- Det er godt med overblik over målgrupperne på almen fysioterapi. Skanderborg Kommune ønsker et overblik over de procentvise tal på overordnede målgrupper/diagnosegrupper for vederlagsfri fysioterapi. Det kunne også være relevante data i forebyggelsesøjemed. Hvis de ikke er umiddelbart tilgængelige, kan det være et udviklingspotentiale i samarbejdet mellem kommuner, region og praksis.

Kap. 4 Udgifter til fysioterapi i praksissektoren

- Skanderborg kommune bifalder en analyse af praktiserende lægers henvisningspraksis til brug for analyser, kvalitetsudvikling samt økonomisk styring.

Kap. 5 Udvikling i ydelser

- Konsistens i brug af layout og struktur. Kapitlet starter med en grå boks indeholdende mål/vision for fysioterapipraksis. Ideen

Beskæftigelse og sundhed
Sundhedsfremme Genoptræning
Skanderborg Fælled 1
8660 Skanderborg

www.skanderborg.dk

er fin. Brug det gerne konsistent i alle kapitler. Samme fremgang er brugt i kapitel 6, 8 og 9, hvilket virker godt.

Kap. 6 Kapacitet og praksisforhold – praktiserende fysioterapeuter

- Bør kapitlet hedde ”Kapacitets og praksisforhold - almen og vederlagsfri fysioterapi” (Ridefysioterapeuter er vel også praktiserende)?
- Inkluderer tabel 6 også ridefysioterapeuter? Såfremt det ikke er tilfældet, mangler der en tabeloversigt over kapaciteten for ridefysioterapi i kapitel 7).
- Kapitel 6 og 7 kan med fordel opbygges med samme underoverskrifter.

Kap. 7 Kapacitet og praksisforhold – ridefysioterapi

- Bør kapitlet hedde: Kapacitet og praksisforhold- almen og vederlagsfri ridefysioterapi (jf. kommentar til overskrift vedr. kap 6)?

Kap. 8 Kvalitetsudvikling

- Vedrørende kvalitetsudvikling på praksisområdet kan det med fordel præciseres hvilke indsatser, der med fordel kan arbejdes videre med inden for områderne:
 1. Almen fysioterapi
 2. Vederlagsfri fysioterapi
 3. Almen ridefysioterapi
 4. Vederlagsfri ridefysioterapi

Herunder angive hvilke tiltag, der er afsluttet (årstal), og hvilke tiltag, der ønskes iværksættes, gerne med tidsangivelse.

Vedrørende punkt 3 og 4, almen og vederlagsfri ridefysioterapi, kan der indhentes inspiration til fremadrettede indsatser i dokumentet ”*Overblik over praksisforhold for ridefysioterapi i Region Midtjylland*”, af Mette Byrgiel Bach (20-06-2017). I dokumentet beskrives blandt andet:

- Behov for indsats vedrørende koordinering mellem sundhedsparter med henblik på, at undgå dublering af fysioterapeutiske tilbud.
- Behov for analyse af de enkelte tilbud (på cpr. niveau) med henblik på at afdække det faktiske omfang.
- Behov for tiltag, der kan forbedre kommunikationen mellem ridefysioterapeut og praksis fysioterapeut til gavn for borgeren.

Skanderborg Kommune står naturligvis til rådighed for uddybning af høringssvaret.

Skanderborg Kommune ser frem til at fortsætte samarbejdet med praktiserende fysioterapeuter samt fortsætte det tværsektorielle samarbejde omkring fysioterapi i Region Midtjylland.

Beskæftigelse og sundhed
Sundhedsfremme Genoptræning
Skanderborg Fælled 1
8660 Skanderborg

www.skanderborg.dk



Høringssvar vedr. praksisplan for fysioterapi, Region Midtjylland

Struer Kommune har med stor interesse læst og drøftet det fremsendte høringsudkast til praksisplan for fysioterapi, og afgiver hermed følgende høringssvar.

Struer Kommune anerkender praksisplanens retning og ændringer, og er åben for at indgå i samarbejdet omkring anbefalingerne.

Struer Kommune finder det positivt, at samarbejdsudvalget for fysioterapi fastholder fokus på, at der ikke må ske kapacitetsudvidelser på området, samt at de regionale udgifter skal nærme sig landsgennemsnittet. Struer Kommune ligger over det regionale gennemsnit, både hvad angår andelen af borgere, der modtager vederlagsfri fysioterapi og udgifter pr. behandlet patient i den vederlagsfri ordning. Struer Kommunen har derfor stor interesse i at nedbringe andelen af borgere og udgifterne pr. behandlet patient i den vederlagsfri ordning, således at både kommunes egne udgifter samt de samlede udgifter i regionen, kan nærme sig landsgennemsnittet.

Struer Kommune bakker op om de redskaber, der på regionalt niveau vil gøres brug af i forhold til styring og opfølgning af økonomi på praksisområdet.

Derudover anerkender Struer Kommune samarbejdsudvalgets fokus på kvalitetssikring af fysioterapibehandlinger. At styrke den generelle viden om resultaterne af god fysioterapi, kan forhåbentligt bidrage til mere effektive behandlingsforløb.

Med venlig hilsen

Centerchef Sundhed og Omsorg
Struer kommune

DATO
12-07-2019

JOURNALNUMMER
29.21.08-P27-1-19

SUNDHED OG OMSORG
UDVIKLING & ADMINISTRATION
ØSTERGADE 11, 1. SAL
7600 STRUER

E: sundhed-omsorg@struer.dk



Notat

Dato: 19. august 2019

Emne: Høringssvar til praksisplan for fysioterapi

Høringssvar til Udkast til Praksisplan for fysioterapi

Hermed fremsendes Viborg Kommunes høringssvar til udkast til praksisplan for fysioterapi.

Det er Viborg Kommunes holdning, at praksisplanen for fysioterapi er et godt udgangspunkt for det videre samarbejde om at skabe gode genoptræningsmuligheder for borgerne med behov for fysioterapi.

Praksisplanen beskriver en række relevante overvejelser i forhold til kapacitet, økonomi og samarbejder og bør derved understøtte meget af den genoptræning, der foregår i kommunerne.

Praksisplanen beskriver, at der skal gennemføres en analyse af praktiserende lægers henvisningspraksis i regionen til den vederlagsfrie ordning. Dette var ligeledes et indsatsområde i den tidligere praksisplan. En sådan analyse er endnu ikke afsluttet og det er Viborg Kommunes forventning, at afdækningen af de praktiserende lægers henvisningspraksis opprioriteres, så analysen hurtigst muligt færdiggøres.

Med venlig hilsen



Peter Borup Sørensen
Sundhedschef



Region Midtjylland

Mail: Sunspl@midtjylland.dk

Kopi til: trioks@rm.dk og ssim@aarhus.dk

26. august 2019

Side 1 af 3

Høringssvar vedr. udkast til praksisplan for fysioterapi i Region Midtjylland 2019

Aarhus Kommune kan overordnet støtte op om de særlige fokusområder, der i praksisplanen er foreslået for region og kommuner på fysioterapi området:

- 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

Udover at styrke dialogen på tværs af sektorer, ønsker Aarhus Kommune tilføjet "at styrke en sammenhængende sundhedsindsats". En sammenhængende sundhedsindsats på tværs af sektorer kan være et led i at opnå målet om, at udgifter pr. patient skal nedbringes.

Aarhus Kommune forventer, at der i praksisplanen for fysioterapi sker et fortsat og skærpet fokus på økonomien, så de endnu ikke opnåede mål på området kan indfries snarest.

I det følgende uddybes Aarhus Kommunes bemærkninger yderligere.

Fortsat fokus på økonomien

Andelen af borgere, der får vederlagsfri fysioterapi i de midtjyske kommuner, er fortsat højere end landsgennemsnittet. Det samme gælder udgifter pr. behandlet patient til vederlagsfri fysioterapi. Det betyder, at de mål vedr. økonomien, der var skrevet ind i den tidligere praksisplan for fysioterapi, fortsat ikke er nået. Aarhus Kommune forventer, at det sker snarest.

Aarhus Kommune undrer sig over, at man i tabellerne kun ser på udviklingen fra 2015-2017. Især når det fremhæves, at Samarbejdsudvalget for Fysioterapi og kommunerne 2 gange årligt får opdaterede tal om aktivitet og økonomi. Der opfordres til, at der medtages tal for 2018 i praksisplanen.

Når der ses på udviklingen i 2018 og de første måneder af 2019 (via tal fra KL) er der dog en svag tendens til, at niveauet i Region Midtjylland nærmer sig landsgennemsnittet. Men det er en meget langsom udvikling. Det kan beregnes, at hvis udviklingen i gennemsnitsudgiften pr. patient fra 2018 til 2019

SUNDHED OG OMSORG

Sundhed
Aarhus Kommune

Sundhedsstab

Rådhuset
Rådhuspladsen 2
8000 Aarhus C

Telefon: 89 40 20 00
Direkte telefon: 51 57 64 68

Direkte e-mail:
hlin@aarhus.dk
www.aarhus.dk

Sagsbehandler:
Hanne Linnemann



fortsætter, vil niveauet i Region Midtjylland komme på niveau med landsplan om 25 år. Aarhus Kommune ønsker et større pres og en hurtigere udvikling. De nye styringsmekanismer i den nye overenskomst tager i øvrigt ikke fat på denne problemstilling. Her er fokus på udviklingen på landsplan og ikke på niveauet i den enkelte region.

26. august 2019
Side 2 af 3

Praksisplanen for fysioterapi skal skærpes i forhold til at kunne nå ovenstående målsætningen indenfor regionen.

I forhold til fokusområdet om, at der ikke skal ske udvidelse af kapaciteten ses, at kapacitetsniveauet i Region Midtjylland er ca. 10 fuldtidskapaciteter over niveauet på landsplan (jf. tabel side 29). Skal målet om, at udgiften pr. patient i Region Midtjylland reduceres til landsniveau opnås, bør det derfor overvejes, om der skal ske en reduktion i kapacitetsniveauet.

For Aarhus Kommune er det derfor vigtigt, at de to mål fastholdes og at det konkretiseres i den nye praksisplan, hvad der skal gøres for at disse mål kan opfyldes snarest.

Aarhus Kommune er tilfreds med, at der fra 1. januar 2019, som en del af den nationale overenskomst for fysioterapi i praksissektoren, er indført en fast økonomisk ramme for udgifterne til vederlagsfri fysioterapi. Dette følges tæt på nationalt niveau. Der skal dog være opmærksomhed omkring, at selvom de faste rammer vil få de samlede udgifter på nationalt plan til at falde, så kan udgifterne godt stige i nogle dele af landet, mens de falder tilsvarende i andre dele af landet. Aarhus Kommune forventer jf. ovenstående, at udgifterne i Region Midtjylland falder mere end udgifterne på landsplan.

Særligt i forhold til ridefysioterapi er vi også opmærksomme på, at nedskæringer i kapacitet på det vederlagsfri fysioterapiområde kan medføre øgede udgifter på det kommunale socialområde, da flere udgifter til træning i så fald sker i Servicelovs regi.

Styrket dialog og fokus på at skabe sammenhængende sundhedsindsats på tværs af praktiserende fysioterapeuter, region og kommuner kan også være et led i at opnå målet om, at udgifter pr. patient skal nedbringes. Nedenfor er dette beskrevet nærmere.

Styrke dialog og sammenhængende sundhedsindsats på tværs af sektorer

Kommunerne har i mødet med borgerne:

- et stort fokus på rehabilitering – og den rehabiliterende tilgang
- vægt på borgeropklæring, hvor borgerne oplæres i selv at varetage hele eller del af opgaverne f.eks. medicinadministration
- øje for pårørendes og andet netværks ressourcer og mulighed for hjælp i det daglige



- en opmærksomhed på borgerens mulighed for at indgå i fællesskaber med andre – både for at forebygge ensomhed, men også fordi fællesskaber og evt. deltagelse i foreningsliv kan støtte borgeren i at fastholde funktionsniveau og fortsat træning/aktiv livsstil
- vægt på borgernes tilknytning til uddannelse/arbejdsmarked

26. august 2019
Side 3 af 3

Kommunerne forventer, at andre aktører på sundhedsområdet støtter op om denne rehabiliterende tilgang. Erfaringerne er, at borgerne gerne selv vil tage ansvar for egen sundhed og sygdomsforløb.

Kommunerne forventer også, at praktiserende fysioterapeuter gør en stor indsats for at få borgerne på holdtilbud fremfor alene at køre individuelle forløb. Udover en økonomisk gevinst, vurderes der også at være en menneskelig gevinst ved, at borgerne kommer til at indgå i et træningsfællesskab.

Kvalitetsudvikling

Aarhus Kommune vil gerne støtte op om at der igangsættes forskning på området. Aarhus Kommune støtter også op om gennemførelse af udviklingsprojekter med effektmåling og datadrevet kvalitet.

Løbende samarbejde

Aarhus Kommune har igennem flere år haft et samarbejdsforum med deltagelse af repræsentanter fra praktiserende fysioterapeuter og kommunale sundhedstilbud.

Aarhus Kommunes oplever et positivt samarbejde med fokus på at få skabt gode og sammenhængende forløb for borgerne.

Med venlig hilsen

Hosea Dutschke
Direktør

27. august 2019

Høringssvar- praksisplan fysioterapi

Silkeborg Kommune kvitterer hermed for et velgennemarbejdet materiale og anerkender den store arbejdsproces, der har ligget bag udarbejdelsen af praksisplanen.

Silkeborg Kommune har dog nogle bemærkninger både af overordnet karakter og nogle mere specifikke bemærkninger.

Overenskomsten med ikrafttrædelse den 1.1.2019 mellem Danske Fysioterapeuter og områdets øvrige parter adskiller sig i formål og intention væsentligt fra tidligere overenskomster. Således beskriver overenskomstens præambel de generelle udfordringer det danske sundhedsvæsen står over for i de kommende år med flere ældre borgere og flere borgere med flere samtidige kroniske sygdomme og øget levetid. Det er samtidig beskrevet, at det er en målsætning; "at fysioterapipraksis i fremtiden skal indgå i et endnu tættere samarbejde med resten af sundhedsvæsenet. En forudsætning for dette er bl.a "gensidig respekt, tillid og dialog mellem sektorerne".

Samtidig beskriver praksisplanens kapitel 9; "Fremtidens fysioterapipraksis er en fysioterapipraksis, der er en integreret del af sundhedsvæsenet og indgår i et gensidigt forpligtende samarbejde med resten af sundhedsvæsenet".

Silkeborg Kommune hilser disse intentioner meget velkommen, men bemærker samtidig, at der savnes en mere tydelig operationalisering af visionerne og lægger op til, at det nærmere indarbejdes i praksisplanen.

"Gensidigt forpligtende samarbejde"

Eksempelvis skal "gensidigt forpligtende samarbejde" præciseres nærmere og det skal være tydeligt, hvad det betyder for kommunerne og de praktiserende, når disse parter mødes i dialogfora omkring vederlagsfri fysioterapi. Når der tales om sektorsamarbejde vil det være fint, om det også omfatter deltagelse af almen praksis i dialogmøderne.

Den økonomiske ramme

En nærmere præcisering af det forpligtende samarbejde bliver endvidere særlig relevant, hvis det viser sig, at den økonomiske ramme for de vederlagsfrie ordninger ikke kan holdes. Udover sanktionen med tilbagebetaling af honorarer vil en følgelig konsekvens

formentligt være, at der er borgere, der ikke længere kan få behandling/træning under den vederlagsfri overenskomst. Det gensidigt forpligtende samarbejde i denne situation vil derfor være det redskab, der skal sikre, at rammestyringen ikke får negative konsekvenser for patienterne/borgerne. Derfor skal oversættelsen af gensidigt forpligtende samarbejde gøres tydeligere og angive handlemuligheder for kommunerne, som har myndighedsansvaret for de vederlagsfrie ordninger.

Henvisningspraksis

Silkeborg Kommune er meget positive overfor, at de kommende tiltag i forhold til at understøtte praksisplanen fortsat har fokus på, at de praktiserende læger bliver inddraget i forhold til henvisningspraksis. Der er fortsat behov for at få øget lægernes kendskab til både overenskomst og praksisplan. Det er endvidere meget vigtigt, at de praktiserende læger har opmærksomhed på, om vederlagsfri fysioterapi er den rette indsats til en borger, herunder kommunale tilbud om råd og vejledning i forhånd til sygdomshåndtering, instruktion i selvtræning eller andre kommunale tilbud. De praktiserende læger skal desuden i sin vurdering have udbredt kendskabet til opfyldelsen af kriterieret for svært fysisk handicap.

Øget andel af holdtræning

Uagtet at andelen er holdtræning er steget i nogle kommuner under den seneste praksisplan, skal andelen stadig øges for at følge overenskomstens intentioner. Det fremgår af praksisplanen, at Region Midtjylland, kommunerne i Region Midtjylland og fysioterapeuterne i region Midtjylland er enige om, at individuel behandling ønskes ændret til holdtræning, når det giver fagligt og økonomisk mening. Det er dog ikke angivet, hvordan dette skal håndteres i de lokale dialogfora eller hvordan der skal følges op på det.

Venlig hilsen

Anders Kjærulff
Direktør
Silkeborg Kommune

SUNSPL@regionmidtjylland.dk

Cc: trioks@rm.dk



Danske Fysioterapeuters høringssvar om udkast til praksisplan for fysioterapi i Region Midtjylland , maj 2019

Dato:

31-08-2019

Danske Fysioterapeuter takker for det fremsendte høringsudkast, som vi har læst med interesse.

Email:

Vi har enkelte bemærkninger til udkastet, som her er anført kronologisk.

saj@fysio.dk

Side 2: Indholdsfortegnelse

Kapitel 8 mangler

Side 4 og 13: Egenbetaling ridefysioterapi

Egenbetalingen for ridefysioterapi er 20% af honoraret, ikke 60,7%.

Side 6 og 32: Brug af flere praksisadresser

Det er anført i udkastet, at regionen skal orienteres forinden ibrugtagning af en ny adresse.

De fornyede overenskomster (fra 1. januar 2019) fastsætter, at brug af flere praksisadresser sker efter ansøgning, ikke orientering. Regionen meddeler godkendelse med mindre ændringen ud fra en konkret vurdering er i modstrid med praksisplanen.

Det er endvidere anført i udkastet, at regionen vil have mulighed for at tidsbegrænse en fysioterapeuts adgang til at praktisere fra mere end én adresse. Danske Fysioterapeuter finder ikke, at overenskomsten giver en sådan hjemmel, og skal derfor henstille, at denne formulering slettes. Vurderingen af en ansøgning skal forholde sig til, om ændringen er i modstrid med praksisplanen eller ej.

Side 11: Holdtræning

Der står, at fysioterapeuten skal kunne tilbyde holdtræning til patienten, og at der skal tilbydes holdtræning på alle praksisadresser, hvis en fysioterapeut har flere praksisadresser.

Denne formulering er for vidtgående i forhold til overenskomsten. Det er klart, at det generelt er en forudsætning for både almen og vederlagsfri fysioterapi, at patienterne tilbydes holdtræning, når det er relevant. Det er også en målsætning i overenskomsten for vederlagsfri fysioterapi, at en væsentlig del af behandlingen foregår som holdtræning. Men det er ikke en forudsætning, at alle fysioterapeuter kan tilbyde holdtræning jf. § 5A, stk. 5 og 6. Det vil heller ikke være aktuelt for mobile fysioterapeuter, ligesom det til nogle formål kan være relevant at bruge en ekstra praksisadresse uden, at der er holdtræningsfaciliteter på adressen jf. anmærkning til § 27.

Side 34 og side 37.

Her er beskrevet nogle projekter som er i gangsat eller skal i gang sættes på lokalt og nationalt niveau. Danske Fysioterapeuter mener at disse projekter med fordel kan foldes mere ud.

Det overenskomst aftalte projekt, hvem skal drive det? Hvad ved vi om dette projekt?

Projektet med udviklingsklinikkerne, hvem driver det? Hvor kan man henvende sig, hvis man har spørgsmål? Kan der indsættes et link til hvor der kan findes en beskrivelse af projektet eller kan praksiskonsulenterne i Region Midtjylland hjælpe med enten at folde projektet mere ud på skrift eller kan de hjælpe ved spørgsmål angående projektet?

Side 36 og 37.

Omkring kommunikation mellem sektorerne mener Danske Fysioterapeuter at praksisplanen mangler at beskrive, hvordan der skal arbejdes på at forbedre kommunikationen mellem primære og sekundære sundhedsvæsen i Region Midtjylland. I andre regioner er det muligt for sygehuslæger at sende henvisninger direkte til refhost, samt det er muligt for den praktiserende fysioterapeut at korrespondere direkte med sygehuslægen.

Side 44.

Under beskrivelsen af de enkelte klinikker i Horsens Kommune mangler praksisplanen at beskrive forholdene for klinikken i Østbirk

Med venlig hilsen

Sanne Jensen

Regionsformand i Region Midtjylland

Regionshuset Viborg
Skottenborg 26
8800 Viborg



29. august 2019

Høringssvar fra Dansk Kiropraktor Forening over udkast til Praksisplan for fysioterapeuter i Region Midtjylland, 2019

Dansk Kiropraktor Forening vil gerne takke for høringsversionen til Praksisplan for fysioterapeuter i Region Midtjylland.

Dansk Kiropraktor Forening anerkender ønsket om et styrket samarbejde mellem fysioterapeuter og kiropraktorer for de patienter, der går på tværs af de to faggrupper.

Dansk Kiropraktor Forening bemærker, at der i praksisplanen står beskrevet, at kiropraktisk behandling ikke er relevant i forhold til patienter inden for den vederlagsfri fysioterapi. Denne vurdering er vi uenige i, da patienter, der modtager vederlagsfri fysioterapi, kan have gavn af en tværfaglig indsats og dermed også kiropraktisk behandling.

Med venlig hilsen

Lone Kousgaard Jørgensen
Formand, Dansk Kiropraktor Forening

Trine Oksbjerg

Fra: Lene Wejlstrup Antonsen
Sendt: 19. august 2019 14:45
Til: Sundhedsplanlægning (Afdelingspostkasse)
Cc: Trine Oksbjerg
Emne: Høringssvar - Praksisplan Fysioterapi

ErUdgaaendeMail: -1
SkalJournaliseres: -1

Til rette vedkommende.

I Hospitalsenheden vest takker vi for muligheden for at afgive høringssvar på praksisplan for fysioterapi.
Materialet har været sendt rundt i de relevante afdelinger i sommerperioden.

De indkomne svar/overvejelser er følgende særligt målrettet børn og unge:

- Har man tænkt børn og unge ind i den nye plan? Børn og unge med handicap har fra et pædiatrisk perspektiv bedste forløb når de trænes i vante omgivelser i institution/skole mm.
- Antallet af børn /unge i fysioterapi er ganske lille i forhold til antallet af voksne – det vil sige der er behov for at sikre kompetencer på få hænder – sker dette ikke vil der være risiko for at det enkelte barn ikke kan få den optimale undersøgelse og behandling

Derudover har Praksisplan for fysioterapi givet anledning til generelle overvejelser:

- Der lægges op til kapacitetsregulering gennem beskrivelse af, hvilke patientgrupper der kan få vederlagsfri terapi, men man gør ikke noget ved den mulighed der er for variation i, hvad ydelserne består af.
- Evidensen på fysioterapi opleves som sparsom eller helt fraværende, og man kunne derfor overveje at styrke indsatsen ved en standardisering af tilbuddene, så den enkelte fysioterapeut ikke har frit valg på alle hylder i forhold til hvad de reelt leverer ved den enkelte patient.
- Det kunne være ønskeligt om der blev udarbejdet et katalog med faglige retningslinjer for hvilken specifik træning der tilbydes de specifikke patientgrupper.
- Fysioterapeuter anvender i stigende grad ultralydsscanning som billeddiagnostisk udredning, hvilket medfører et tiltagende forbrug af sundhedsydelser i både almen praksis og hospitaler. Manglende grundlæggende faglige kompetencer i ortopædkirurgi og billeddiagnostik hos fysioterapeuten kan være årsag til henvendelser til almen praksis og viderevisitation til specialafdeling på baggrund af fund, som enten ikke kan verificeres eller er tilfældige.
- Praksisplanen kunne måske omfatte en afgrænsning af fysioterapeutens rolle som behandler.

Vi ser frem til at følge det endelige resultat af høringsprocessen.

Med venlig hilsen

Lene W. Antonsen
Konsulent for det tværsektorielle samarbejde, MOC

Mobil +45 5173 2858
TLF:+45 7843 8707

lenant@rm.dk
www.vest.rm.dk

Kvalitet og Udvikling, Staben
Hospitalsenheden Vest
Lægårdvej 12 • DK-7500 Holstebro

Trine Oksbjerg

Fra: Rikke Ringgaard Steffensen
Sendt: 30. august 2019 12:47
Til: Trine Oksbjerg
Emne: VS: Høring af Praksisplan for fysioterapi
Vedhæftede filer: Høringsbrev praksisplan fysioterapi.pdf; Praksisplan fysioterapi - høringsudkast.pdf

Prioritet: Høj

ErUdgaaendeMail: -1
Journaliseret: X
JournaliseretInfo: 30-08-2019 12:53:07|ONERM\trioks
SkalJournaliseres: 0

Kære Trine

Jeg har nu haft høringsudkastet i høring hos relevante afdelinger, og RH Randers har på den baggrund ingen bemærkninger til høringsudkastet.

Med venlig hilsen

Rikke Ringgaard Steffensen

Planchef

Tel. +45 7842 0134

Mobil: 2492 2251

rikiep@rm.dk

Økonomiafdelingen • Regionshospitalet Randers

Østervangsvej 70 • DK-8930 Randers

midt
regionmidtjylland

www.rm.dk

Fra: Trine Oksbjerg
Sendt: 9. august 2019 09:09
Til: RH Randers Hovedpostkasse (Funktionspostkasse)
Emne: Høring af Praksisplan for fysioterapi

Til Regionshospitalet Randers

Jeg har den 9/5 sendt høringsudkast af praksisplan for fysioterapi i høring (se vedhæftede). I er høringspart, men ved en fejl er mailen sendt til afdeling for folkeundersøgelser i stedet for til hospitalets hovedpostkasse.

Jeg har været i kontakt med afdeling for folkeundersøgelser, som ikke kan finde tilbage til, om de har modtaget eller videresendt mailen. I får derfor høringsudkastet her.

Som det fremgår af nedenstående, er høringsfristen den 1. september 2019. Såfremt denne deadline bliver svær at nå grundet at I først får høringsudkastet nu, så kontakt venligst undertegnede hurtigst muligt, så kan vi aftale en anden frist.

Jeg beklager fejlen.

Med venlig hilsen

Trine Oksbjerg
AC-fuldmægtig

Tel. +45 2152 6496
trioks@rm.dk

Sundhedsplanlægning • Region Midtjylland
Skottenborg 26 • DK-8800 Viborg



Fra: Trine Oksbjerg

Sendt: 9. maj 2019 13:10

Til: 'regioner@regioner.dk'; 'info@danskepatienter.dk'; 'dkf@danskkiropraktorforening.dk'; Birthe Juhl; 'plo.midtjylland@dadl.dk'; 'stps@stps.dk'; 'REGION@RN.DK'; 'kontakt@rsyd.dk'; 'regionsjaelland@regionsjaelland.dk'; 'REGIONH@REGIONH.DK'; 'fysio@fysio.dk'; PS Psykiatri og Social (Funktionspostkasse); HE Vest Hovedpostkasse (Funktionspostkasse); HE Midt Post (Funktionspostkasse); RH Randers Afd. for Folkeundersøgelser (Ressource); RH Horsens Post (Funktionspostkasse); AUH Hovedpostkasse (Funktionspostkasse)

Cc: Jørgen Nørskov Nielsen; Dorthe Klith; Lisbeth Holsteen Jessen; Mathias Kjeldgaard Fuglsang; Gitte Skov Hansen

Emne: Høring af Praksisplan for fysioterapi

Til høringsparterne i forbindelse med Praksisplan for fysioterapi

Hermed fremsendes høringsudkast af praksisplan for fysioterapi. Se vedlagte høringsbrev og høringsudkast til praksisplan.

Bemærk at høringssvar skal sendes til SUNSPL@regionmidtjylland.dk med trioks@rm.dk Cc **senest 1. september 2019.**

Med venlig hilsen

Trine Oksbjerg
AC-fuldmægtig

Tel. +45 2152 6496
trioks@rm.dk

Sundhedsplanlægning • Region Midtjylland
Skottenborg 26 • DK-8800 Viborg



Emne: Høringssvar fra PIU til praksisplaner for fysioterapi

Høringssvar fra PIU til praksisplaner for fysioterapi

Vi kan fra PIU kun være enige i at praksisplaner skal medvirke til at sikre, at det er de rette borgere, der omfattes af fysioterapien i region midt, samt vigtigheden af, at der sker en udvikling i samarbejdet med de øvrige sundhedstilbud.

Der skal være en indsats der tilgodeser den enkelte borger i muligheden for at generhverve egne ressourcer via støtte, samt samspil omkring evt. Hjælpemidler.

Med hensyn til overgang til holdtræning, ser vi det som et godt initiativ til dannelse af netværk, hvilket optimerer engagementet hos den enkelte, når borgeren er klar til dette.

Det er i tildeling af ydernet vigtigt at tilgodeser borgerne ligeværdigt i hele regionen, dog under hensyntagen til resultaterne i sundhedsprofilen fra undersøgelsen Hvordan har du det.

Med hensyn til kvalitetsudvikling ser vi det som positivt, at viden omkring resultaterne af behandlingen udbredes, således at effektmålingen fremover danner grundlag for behandlingen.

Ligeledes ser vi positivt på, at der fremover etableres en fastlagt samarbejdsstruktur, og lokale samarbejdsaftaler med henblik på optimal løsning af problemstillingerne for den enkelte borger. Så borgeren og dennes problemer kommer i centrum, også i forhold til samspil mellem region, kommune og almen praksis.

Med hensyn til kriterierne for henvisning til almen fysioterapi samt vederlagsfri fysioterapi samt ridefysioterapi, så er vi enige i disse.

Vi ser meget positivt på, at der løbende sker en efteruddannelse i forhold til opnåede resultater, hvorved borgerne løbende bliver tilgodeset i forhold til ny viden.

Vi ser fysioterapien som en nødvendig del af sundhedsvæsenet, hvorfor denne skal integreres i dette.

Vi ser positivt på, at der udarbejdes generelle vejledninger i forhold til samarbejdet med kommuner og almen praksis, og at disse følges af de enkelte instanser.

Også samspillet mellem kiropraktik og fysioterapi ser vi som et vigtigt element i aftalen.

Vi ser fra Patientinddragelsesudvalget frem til udmøntningen af praksisplaner.

Venlig hilsen

PIU region midt

Sendt fra min iPad

Med venlig hilsen

Lillian Andersen



30. august 2019

PLO-Midtjylland takker for muligheden for at afgive høringssvar under henvisning til høringsbrev af 9. maj 2019 vedr. Praksisplan for Fysioterapi i Region Midtjylland.

PLO-Midtjyllands høringssvar til Praksisplan fysioterapi i region midt:

Vi synes, at praksisplanen giver et godt overblik over brugen af fysioterapi i Region Midtjylland. Man kunne ønske, at den indeholdt en mere analytisk gennemgang mhp. en fremtidssikret plan - herunder en mere kritisk gennemgang af effekten af den fysioterapeutiske behandling i Region Midtjylland. Det er nok svært, da der mangler data, som kan belyse dette.

Konkrete kommentarer:

Side 8

Det er et positivt tiltag, 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." I dette arbejde bør almen praksis inddrages mhp. ønsker til indholdet og form i epikriser.

Side 10

Der refereres til forsøg med direkte adgang til almen fysioterapi i Region Hovedstaden. I Region Midtjylland vil Samarbejdsudvalget for Fysioterapi følge dette projekt. Det er et spændende initiativ, og PLOM vil gerne inddrages i arbejdet, når der foreligger erfaringer fra dette projekt.

Side 11

Gevinsten ved fysioterapi vurderes bl.a. ved Pilotprojektet Monitoreringsprojekt fysioterapipraksis 2016. Det er et pilotprojekt, med adskillige mangler, og som der også angives i indledningen, ønskes der bedre monitoring og vurdering af effekten af fysioterapi. Det er vigtigt mhp. at vurdere behovet for fysioterapibehandling i regionen.

Dette uddybes senere fra side 34 Kvalitetsudvikling og forskning i Region Midtjylland. PLO-M finder dette vigtigt og kan støtte op omkring disse initiativer.

Side 16

Andre anbefalinger er endnu ikke udmøntet, men videreføres i denne praksisplan. Det drejer sig om følgende initiativer:

- 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.

PLOM bør inddrages i dette arbejde.



Side 36

Det fremhæves, at fremtidens fysioterapipraksis er en fysioterapipraksis, der er en integreret del af sundhedsvæsenet og indgår i et gensidigt forpligtende samarbejde med resten af sundhedsvæsenet.

I dette samarbejde nævnes kommunen og kiropraktorer. Det ville være hensigtsmæssigt, at man havde overvejelser om styrkelse af samarbejde med almen praksis. Specielt når man gør forsøg med at afskaffe henvisninger fra almen praksis. Uanset om der er henvisningskrav, skal der være et samarbejde omkring patienten, og her er den praktiserende læge en nøgleperson.

På vegne af PLO-Midtjylland

Lise Høyer
Formand

Trine Oksbjerg

Fra: Kenni Sørensen
Sendt: 8. august 2019 08:55
Til: Sundhedsplanlægning (Afdelingspostkasse)
Cc: Claus Lassen Graversen; Tina Ebler; Phuong le Reisia; Ann-Britt Wethe; Helle Odde Poulsen; Vivian Grauting; Trine Oksbjerg
Emne: Psykiatri og Socials høringsvar vedr. praksisplan for fysioterapi i Region Midtjylland
Vedhæftede filer: Høringsbrev praksisplan fysioterapi.pdf; Praksisplan fysioterapi - høringsudkast 1.pdf

Journaliseret: X
JournaliseretInfo: 08-08-2019 10:59:30|ONERM\trioks
SkalJournaliseres: 0

Til Sundhedsplanlægning, Region Midtjylland

Psykiatri og Social modtog i juni 2019 et høringsbrev vedr. praksisplan for fysioterapi i Region Midtjylland, og har ingen bemærkninger hertil.

Med venlig hilsen

Kenni Sørensen
AC-fuldmægtig
Tlf. +45 24635160
kenser@rm.dk

Psykiatri og Social
Psykiatriens Økonomi- og Planlægningsafdeling
Projekter og Udvikling
Tingvej 15A • DK-8800 Viborg



www.ps.rm.dk



Invitation til kommunal workshop om den nære psykiatri

KKR Midtjylland har sat den nære psykiatri højt på dagsordenen i den midtjyske region med dannelsen af alliancen om den nære psykiatri mellem de 19 kommuner, Region Midtjylland, PLO Midtjylland og bruger- og pårørende organisationer vedr. psykiatri.

Den nære psykiatri er netop et område, der går på tværs af de kommunale forvaltningsområder social, beskæftigelse, børn og unge samt sundhed. Vi har derfor alle en aktie, hvis vi skal lykkes med at skabe sammenhængende og gode forløb for borgerne.

Der er sat 10 fælles initiativer i gang på tværs af alliancens parter med det formål at forbedre den nære psykiatri. 2019 er afsat til udviklingsår. Derfor inviteres kommunale direktører og chefer for områderne social, sundhed, børn og unge samt beskæftigelse til en fælles kommunal workshop

fredag den 25. oktober 2019 kl. 9-12 i Silkeborg

Formålet er både at give en status på arbejdet i regi af alliancen om den nære psykiatri samt at drøfte, hvordan vi fra kommunal side kan løfte opgaven og sørge for en bred forankring på tværs af kommuner og i de enkelte kommuner.

Vi håber I vil bakke op om arrangementet, og deltage i drøftelserne.

Med venlig hilsen

Jørgen Andersen, direktør Syddjurs Kommune

Steinar Eggen Kristensen, direktør Randers Kommune

Anders Kjærulff, direktør Silkeborg Kommune

Rasmus Byskov, direktør Ikast-Brande Kommune, formand for Børne- og Kulturchefforeningen (BKF)

Praktisk information

Sæt kryds i kalenderen:

Dato: fredag den 25. oktober 2019

Tid: Kl. 9.00 - 12.00

Sted: Medborgerhuset i Silkeborg,
Bindslevsplads 5, 8600 Silkeborg

Deltagerkreds:

Chefer og direktører for områderne social, sundhed, beskæftigelse og børn og unge

**Program udsendes primo oktober.
Der udsendes kalenderinvitation.**



Oversigt over igangsatte udviklingsinitiativer i alliancen om den nære psykiatri (2019)

Initiativ	Forankring
Fælles forpligtende forløb og handleplan	Randers klyngen (faciliterer udviklingsfællesskab), Midt klyngen, Aarhus klyngen og Horsens klyngen
Den gode overgang ml. folkeskole og ungdomsuddannelse	Randers klyngen
Oplysning om social (mis)forståelse: "Jeg er helt normal"	Aarhus Kommune
Trivselsvejledere på ungdomsuddannelser og folkeskoler	Randers klyngen (udvikles sammen med initiativet 'Den gode overgang')
En borger – én fælles løsning	Randers Klyngen og Aarhus klyngen
Initiativer for de mest udsatte borgere/patienter	Midt klyngen, Vest klyngen og Randers klyngen
Udgående ambulante teams	Tværasektoriel arbejdsgruppe
It og kommunikation	Tværasektoriel arbejdsgruppe
Fælles sundhedsvisitation vedr. psykiatri	Tværasektoriel arbejdsgruppe
Forebyggelse og behandling af selvskadende adfærd	Tværasektoriel arbejdsgruppe

Analyse af genindlæggelser i psykiatrien og tværsektorielt samarbejde - Afsluttende rapport

Juni 2019



Analyse af genindlæggelser i psykiatrien og tværsektorielt samarbejde Afsluttende rapport

Forfattere: Marianne S. Balleby og Kirsten Overgaard, DEFACTUM

Bidrag til data fra Region Midtjylland: Jonas Eeg Madsen, Koncern Kvalitet og Thomas Kure Jepsen, Psykiatri og Social

Bidrag til referat mv.: Ditte Marie Nørmark Andersen, praktikant i DEFACTUM

Kontakt:

Specialkonsulent Kirsten Overgaard

E-mail: kirove@rm.dk

DEFACTUM, Koncern Kvalitet

Region Midtjylland

Olof Palmes Alle 15

8200 Aarhus N

Hjemmeside: www.defactum.dk

DEFACTUM®, Koncern Kvalitet, Region Midtjylland, juni 2019

Indholdsfortegnelse

1	Indledning	5
1.1	Baggrund og formål med analysen	5
1.2	Resumé og anbefalinger	6
2	Patienter med uhensigtsmæssige indlæggelser	9
2.1	Afgrænsning	9
2.2	Om de fire patientcases i casebaseret audit	10
3	Fokus på recovery	12
4	En fælles opgave	15
5	En fælles plan	18
6	Viden om en patients indlæggelser og om muligheder for forebyggelse	21
	Bilag 1: Om kvantitativ audit, trin 1	24
	Bilag 2: Om casebaseret audit, trin 2	28

1 Indledning

1.1 Baggrund og formål med analysen

Psykiatri- og socialudvalget i Region Midtjylland har ønsket en analyse vedrørende genindlæggelser og tværsektorielt samarbejde i psykiatrien. Kommunerne i den midtjyske region har bidraget til finansieringen og bakker op om analysen i regi af det kommunale sundhedssamarbejde (KOSU). Analysens anbefalinger retter sig mod disse fora samt mod Alliancen om den nære psykiatri, et samarbejde mellem de 19 midtjyske kommuner, Region Midtjylland, PLO-Midtjylland samt bruger- og pårørendeorganisationer inden for psykiatrien.

Analysen skal bidrage med overblik over feltet af patienter, der har hyppige og gentagne akutte indlæggelser og genindlæggelser i voksenpsykiatrien i Region Midtjylland med henblik på at kunne afdække årsager til, hvorfor nogle patienter har hyppige og gentagne akutte indlæggelser, og om disse kunne have været undgået ved et bedre tværsektorielt samarbejde.

Formålet med analysen er således at kunne bidrage med anbefalinger til:

- Hvilke typer af hyppige og gentagne akutte indlæggelser kan reduceres, hvis region, kommune og almen praksis arbejder bedre sammen?
- Hvordan kan det tværsektorielle samarbejde understøttes?

Analysen er gennemført i to trin, hvor det første trin var en kvantitativ analyse baseret på data fra Region Midtjylland vedr. genindlæggelser.¹ Den kvantitative del af analysen, der foregik i efteråret 2018, bidrog til et overblik over feltet af patienter og til designet af analysens andet og kvalitative trin, en casebaseret audit. I trin 2 blev fire udvalgte patientforløb auditeret på to auditmøder, som blev holdt i foråret 2019. DEFACTUM i Koncern Kvalitet i Region Midtjylland har varetaget analysen, der sætter fokus på kvaliteten af den samlede indsats over for patienter med hyppige og gentagne akutte indlæggelser. DEFACTUM har inddraget en række fagpersoner i analysen fra Region Midtjylland, kommuner i den midtjyske region, almen praksis og brugerorganisationer.²

¹ En akut psykiatrisk genindlæggelse defineres ud fra følgende kriterier (Sundhedsdatastyrelsen (2017): "Genindlæggelser i det psykiatriske sundhedsvæsen"):

- Indlæggelsen finder sted tidligst 4 timer og inden 30 dage efter udskrivningen fra den foregående indlæggelse
- Indlæggelsen starter akut
- Patienten må på tidspunktet for indlæggelsen ikke have en kræft- eller ulykkesdiagnose

Analysens trin 1 har omfattet såvel genindlæggelser efter denne definition og akutte indlæggelser, det vil sige indlæggelser, som finder sted 30 eller flere dage efter den foregående indlæggelse.

² I bilag 1 og 2 beskrives deltagere, sagsmateriale og fremgangsmåde for analysens to trin.

1.2 Resumé og anbefalinger

Forebyggelse af indlæggelser i psykiatrien gennem et bedre tværsektorielt samarbejde

De involverede fagpersoner har bakket op om analysens fokus og relevans og bekræftet, at der er uhensigtsmæssige genindlæggelser, som vil kunne forebygges gennem et forbedret tværsektorielt samarbejde.

Det tværsektorielle samarbejde har betydning for kvaliteten af patientens forløb samlet set og for forebyggelsen af genindlæggelser i psykiatrien. Den kvalitative del af analysen har omfattet patienter med skizofreni og yngre patienter med personlighedsforstyrrelse, som også har selvskadeproblematikker, men de involverede fagpersonernes vurdering er, at der er mange typer af patienter, hvor indlæggelser ikke er hensigtsmæssige og kan forebygges ved et bedre tværsektorielt samarbejde, blandt andre patienter med misbrug (dobbeltdiagnose), patienter med social indikation og ældre patienter, hvor netværket er faldet bort.

Nedenfor præsenteres analysens temaer og anbefalinger vedrørende forebyggelse af uhensigtsmæssige genindlæggelser gennem et forbedret tværsektorielt samarbejde.

Fokus på recovery

I den casebaserede audit fremhævedes den udfordring, at der er mange fagpersoner involveret i den enkelte patients forløb. Analysen peger på det paradoks, at patienter med massive udfordringer, der ud over psykiatriske problemstillinger kan være af social, kognitiv og helbredsmæssig karakter, forventes at kunne navigere mellem forskellige fagpersoner og instanser og koordinere imellem dem.

Analysen peger endvidere på, at fagpersoner bør holde sig for øje, at en psykiatrisk indlæggelse bør være en lille del af patientens samlede liv. Patientens private netværk, frivillige organisationer, forskellige former for beskæftigelse og andre kontakter bør være en del af patienternes forløb, og peer-medarbejdere kan være med til at understøtte et helhedsorienteret blik på patienternes liv. Forebyggelse af indlæggelser kræver, at blikket rettes mod hele patientens liv, og at der sættes ind med en tidlig indsats, så problemerne ikke forværres som set i de gennemgåede patientcases. Det pointeredes, at patienten skal støttes i at inddrage sit private netværk - i det omfang patienten ønsker det.

Det efterspørges endvidere, at patienten inddrages i samtalen om, hvordan indlæggelserne kan forebygges. Patientinddragelse skal forstås bredt. Frem for kun at handle om at imødekomme patientens ønsker, drejer det sig om den form for samtale, fagpersoner har med patienten, hvor der tages hensyn til patientens hele liv og udfordringer – så den enkeltes recoveryproces understøttes og patienten kan føre en så selvstændig tilværelse som muligt.

1. Det anbefales at understøtte patienten i kontakten med eget private netværk og, hvis det er muligt og hensigtsmæssigt, motivere patienten til, at netværket må involveres, blandt andet gennem netværksmøder.

2. Det anbefales, at der arbejdes kontinuerligt med patientinddragelse i et recoveryperspektiv. Fagpersoner skal lytte til patienten (borgeren), tage afsæt i vedkommendes ønsker, håb og drømme, men fagpersonerne skal også anvende deres viden om patientens udfordringer og indlæggelser i psykiatrien til en dialog med patienten om, hvilken hjælp der skal til for, at de uhensigtsmæssige indlæggelser undgås, og patienten kan komme tættere på at leve det liv, vedkommende ønsker.

En fælles opgave

Analysen viser, at fragmenteringen af indsatserne skal modvirkes ved, at de professionelle parter træder sammen, og at patienten får få kontinuerlige relationer blandt de involverede fagpersoner. Den ambulante del af psykiatrien bør spille en tydeligere og mere gennemgående rolle for patienten. Uhensigtsmæssige genindlæggelser vil desuden kunne forebygges med en øget social indsats, som bør kunne intensiveres ved behov, også i aften- og nattetimerne. Psykiatrien bør støtte op om den kommunale (og botilbuddenes) indsats med handleanvisende viden på patientniveau og bidrage til koordinerede forløb på overordnet niveau i erkendelsen af, at det er en fælles opgave at forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser.

3. Det anbefales at undersøge, hvorvidt den kommunale støtte i aften- nattetimerne i højere grad kan bidrage til at skabe øget tryghed hos patienter, der ellers vil have tendens til at opsøge psykiatrien, og som ikke har brug for psykiatrisk behandling. Det anbefales endvidere at undersøge muligheder for, hvordan psykiatrien kan understøtte vidensdeling og koordinerede forløb for eksempel gennem undervisning, rådgivning og samarbejds møder på overordnet niveau og klare koordinerede planer på patientniveau mellem behandlingspsykiatri og de sociale (bo)tilbud.

En fælles plan

Det tætte samarbejde om patienter, som hyppigt indlægges, skal understøttes af koordinerede planer, som er fælles mellem behandlingspsykiatrien, de kommunale parter, botilbud mv. Analysen fremhæver, at redskaberne til en fælles koordineret plan allerede findes i form af udskrivningsaftaler, koordinationsplaner og koordinerende indsatsplaner, og at det vigtige ikke er planens præcise udformning, men at der bliver indgået aftaler på patientniveau, så aktørerne får afstemt indsatserne i et tæt samarbejde.

For hver patient skal overvejes, hvem der skal indgå i den fælles plan og samarbejdet om at undgå uhensigtsmæssige indlæggelser i psykiatrien. I forløb med svær selvskade kan det blandt andet dreje sig om politi, akutafdeling, vagtlæge og almen praksis. I patientcasene, der indgik i audit, var inddragelsen af den alment praktiserende læge minimal. Analysen viser, at patientens egen læge, som repræsenterer en kontinuitet i patientens liv i forhold til patientens samlede sundhedstilstand, bør inddrages i forebyggelsen af genindlæggelser.

4. Det anbefales, at der udformes en samlet tværsektoriel plan med handleplaner for, hvem der gør hvad i forhold til eventuel krisesituation og at planen udformes ud fra eksisterende muligheder som eksempelvis udskrivningsaftale, koordinationsplan eller koordinerende indsatsplan. Det anbefales, at det tværsektorielle samarbejde foregår kontinuerligt, så de faglige indsatser udføres samstemt, og at de relevante parter inddrages, herunder eksempelvis også patientens egen læge, vagtlæge, politi og akutafdeling.
5. Det anbefales, at det afklares, hvordan den alment praktiserende læge kan spille en større rolle i forebyggelsen af uhensigtsmæssige genindlæggelser.

Viden om en patients indlæggelser og om muligheder for forebyggelse

I patientcasene var der flere eksempler på manglende videndeling om patientens indlæggelser. Analysen peger på, at der bør stoppes op i patientforløb med mange genindlæggelser, så det kan vurderes tværfagligt og tværsektorielt, hvorvidt genindlæggelserne er uhensigtsmæssige, hvad de i givet fald er et udtryk for, og hvordan man vil kunne hjælpe patienten på andre måder end ved indlæggelse.

En stor del af analysen om genindlæggelser og tværsektorielt samarbejde handler om, hvordan de rigtige personer og faglige aktører får adgang til viden om den enkelte patients forløb som grundlag for at kunne bidrage til forebyggelse af uhensigtsmæssige genindlæggelser. Analysen udpeger mangler i de elektroniske kommunikationsmuligheder på psykiatriområdet.

Der efterspørges øget videndeling gennem netværksmøder, så fagpersonerne og patienten kan mødes om en fælles plan og for at afstemme indsatserne med henblik på at forbedre patientens samlede forløb og hermed undgå uhensigtsmæssige indlæggelser. Det er centralt, at der på ledelsesniveau etableres rammer for fælles planer og samarbejde, som gør det muligt, at de relevante parter kan bidrage på tværs og bruge ressourcerne på bedst mulige vis til gavn for patienten.

6. Det anbefales, at der i situationer med mange uhensigtsmæssige genindlæggelser stoppes op og samles viden med henblik på at overveje, hvordan de samlede ressourcer bruges bedst, og om der tilbydes det, patienten har brug for. Det er vigtigt, at man i den forbindelse ser på patientens samlede liv og i fællesskab sammensætter en individuel tilrettelagt indsats ud fra patientens behov. Dette kræver ledelsesunderstøttelse, og derfor anbefales det, at der i lokale samarbejdsfora laves konkrete aftaler om spilleregler for samarbejdet, samt at der, hvor det er relevant, indgås aftaler om principper for samarbejdet i klyngerne.
7. Det anbefales, at de IT-teknologiske udfordringer med tværsektoriel kommunikation på psykiatriområdet, bl.a. i regi af MedCom, løses.

2 Patienter med uhensigtsmæssige indlæggelser

2.1 Afgrænsning

Analysen handler om, hvilke typer af hyppige og gentagne akutte indlæggelser, der vil kunne reduceres, hvis region, kommune og almen praksis arbejder bedre sammen samt, hvordan det tværsektorielle samarbejde kan understøttes.

Analysen er foregået i to trin. Det første trin var at få et overblik over regionale data i relation til genindlæggelser og ud fra dette overblik at designe et casebaseret auditforløb, hvor gennemgangen af fire patientcases gav mulighed for analyse af indsatserne på tværs af sektorer og det tværsektorielle samarbejde.

Analysen i trin 1 (2017-data) viste, at en forholdsvis lille gruppe af patienter havde mange og gentagne akutte indlæggelser. Af en gruppe på 4.673 unikke patienter havde 70 unikke patienter 11 eller flere indlæggelsesforløb i 2017. Langt de fleste patienter (83 pct.) havde 1-2 indlæggelsesforløb (3.853 ud af 4.673). Analysen viste endvidere, at halvdelen af de akutte indlæggelser og en endnu større del af de indlæggelser, som skete inden for 30 dage efter den foregående indlæggelse (og dermed kan defineres som en genindlæggelse), var korte indlæggelser af 0-3 dages varighed. Herudover viste analysen, at patienter med en skizofrenidiagnose og diagnosen personlighedsforstyrrelse var de grupper af patienter, som havde flest hyppige gentagne akutte indlæggelser.³

Det blev i analysens trin 1 derfor besluttet, at fokus for den casebaserede audit skulle være på patientgrupper, som havde hyppige og gentagne akutte indlæggelser af 0-3 dages varighed og med diagnosegrupperne skizofreni og personlighedsforstyrrelse. Indlæggelserne skulle af fagpersonerne vurderes som uhensigtsmæssige for patienten. Det blev valgt at frasortere patienter med dom til behandling, da disse vurderedes at have særskilte problematikker, som vanskeliggjorde en samlet vurdering af forløb med hyppige akutte indlæggelser.⁴

Analysens trin 2 afgrænsede sig til patienter med hyppige akutte indlæggelser, som fagpersonerne, der havde patienten indlagt, vurderede uhensigtsmæssige. Analysen forholder sig således ikke til eventuelle patientforløb med *relevante* hyppige akutte indlæggelser.

Patientforløb hvor uhensigtsmæssige genindlæggelser hænger sammen med mangler i det tværsektorielle samarbejde

Fagpersonerne fra de forskellige sektorer, som bidrog til analysens trin 1 og 2 fandt analysens fokus relevant og bekræftede, at der er uhensigtsmæssige genindlæggelser, som kan forebygges gennem et forbedret tværsektorielt samarbejde. De deltagende

³ Se beskrivelse af den kvantitative audit i bilag 1.

⁴ Alle inklusionskriterierne fremgår af bilag 1.

fagpersoner pointerede også, at nogle genindlæggelser ikke skal forebygges, da de kan være nødvendige for patientens behandling og recovery.

Panelerne udpegede følgende grupper eller typer af patienter, der kan opleve uhensigtsmæssige indlæggelser, som vil kunne forebygges med et bedre tværsektorielt samarbejde:

- Patienter med lav kognitiv funktionsevne,
- patienter med selvskadeproblematikker,
- patienter med misbrug,
- patienter med bipolar lidelse uden sygdomserkendelse og deraf følgende medicinsvigt,
- patienter som indlægges med social indikation eller overgang mellem boformer,
- patienter med autisme i affekt og
- angste ældre patienter med medicinsvigt, hvor netværket er faldet bort.

2.2 Om de fire patientcases i casebaseret audit

De fire patientsager i casebaseret audit repræsenterede typer af forløb, som de to auditpaneler genkendte som forløb, hvor indlæggelserne i mange tilfælde ikke er gavnlige. To af patienterne havde en skizofrenidiagnose og to var yngre patienter med personlighedsforstyrrelse, hvis forløb bar præg af voldsom og gentagen selvskade. På hvert auditmøde blev gennemgået to patientsager, en hvor patienten havde en skizofrenidiagnose og en sag, hvor diagnosen var personlighedsforstyrrelse. Fagpersonerne anså disse typer af patienter som genkendelige i forhold til hyppige genindlæggelser, hvilket bekræfter analysens kvantitative opgørelser, hvoraf fremgår, at disse også er de største diagnosegrupper, hvor der ses genindlæggelser i psykiatrien.⁵

De to patienter med skizofreni blev eller lod sig hyppigt indlægge i aften- og nattetimer, den ene på grund af mistrivsel, misbrug og sociale problemstillinger, den anden hovedsageligt på grund af utryghed, depressive symptomer og tanker om selvskade og selvmord. En patient boede i botilbud (med få timers bemanding i dagtimer) og fik hjælp fra hjemmeplejen til medicinadministration. Den anden patient havde tidligere boet på botilbud, men var nu flyttet i eget hjem med få timers kommunal bostøtte om ugen. Begge var i ambulante forløb i regionspsykiatrien. Patienterne blev ofte vurderet habituelle under indlæggelserne, som varede kort. Paneldeltagerne vurderede, at der frem for indlæggelser var brug for helhedsorienterede socialfaglige indsatser med hensyntagen til patienternes kognitive funktionsevne.

De to andre patienters forløb bar som nævnt præg af voldsom og gentagen selvskade. Den ene patient havde mange korte indlæggelser i det beskrevne forløb, som ofte fandt sted i aften- og nattetimer, mens den anden var langvarigt indlagt i de to-tre måneder, som analysen omfattede. Også disse to patienter var i ambulante forløb i

⁵ Se bilag 1.

regionspsykiatrien. Den ene af de unge patienter flyttede i den undersøgte periode til et kommunalt botilbud, den anden blev i perioden visiteret til et botilbud og ventede på plads der. Begge auditpaneler vurderede, at for mange af de selvskadende patienter er indlæggelse ikke hjælpsomt, hverken mange korte eller en lang indlæggelse, da ophold i behandlingspsykiatrien hæmmer de unge patienter i at tage kontrol over egen tilværelse. I mange tilfælde vil indlæggelserne imidlertid være nødvendige af hensyn til patientens og andres sikkerhed. Auditpanelerne pegede på, at forebyggelsen bør ske tidligt i de unges liv, så selvskaden ikke eskalerer. Når forværringen er sket og indlæggelser spiller en stor rolle i de unge menneskers liv, bør aktørerne på tværs af sektorer træde sammen og løfte opgaven i fællesskab. Mindsettet må ændres fra at skubbe patienterne mellem sektorerne til at se det som en fælles opgave, der bør være en samlet målrettet plan for den *fælles* opgave, og der bør handles proaktivt i stedet for med reaktiv brandslukning.

3 Fokus på recovery

Hensyn til patientens udfordringer

Gennemgangene af patientcasene på de to auditmøder viste, at der var mange fagpersoner og aktører involveret i patienternes liv, særligt i forbindelse med behandlingen i psykiatrien. Auditpanelerne konstaterede, at dette ikke er hensigtsmæssigt i forhold til patientens relationer og oplevelse af kontinuitet. Patienter med hyppige genindlæggelser vil ofte have mange udfordringer, som giver problemer med overblik. Der sås enkeltstående forsøg på koordinering i materialet, eksempelvis at en ambulant behandler i psykiatrien kontaktede patientens botilbud for at minde medarbejderne om patientens tid i klinikken, men deltagerne i auditpanelerne så et behov for, at parterne på tværs af sektorer bidrager mere konsekvent til koordinering mellem psykiatrien og de kommunale aktører (eller det eventuelle regionale botilbud).

Analysen peger på det paradoks, at patienter med massive udfordringer, der ud over de psykiatriske problemstillinger kan være af social, kognitiv og helbredsmæssig karakter, i høj grad forventes at kunne navigere mellem forskellige fagpersoner og instanser og koordinere imellem dem.

Indlæggelser bør være en lille del af livet

Paneldeltagerne så en risiko for, at patienter søger tryghed i indlæggelser, og at psykiatrien på den måde kan komme til at tage for meget over og dermed utilsigtet kan komme til at modvirke patienternes selvstændighed og recovery. Deltagernes perspektiv var, at indlæggelser kun bør være "parenteser" i patientens liv. Kommunen, som er involveret i flere områder af patientens liv, bør være inddraget også i de perioder, hvor patienten er indlagt. Der blev i gennemgangen af de fire patientcases efterspurgt en tydeligere kommunal indsats og mere aktiv rolle fra myndighedssagsbehandlers side.

Brugerstyrede senge

Panelerne drøftede anvendelse af brugerstyrede senge, og vurderede, at disse kan være en hjælp for nogle patienter. I gennemgangen af en patientcase, hvor patienten blev indlagt på grund af svær selvskade, drøftede auditpanelet, at det næsten fremstod som om, at patienten "kvalificerede" sig til indlæggelse gennem tiltagende selvskade. Panelet fandt, at en aftale om en brugerstyret seng kunne være en fordel for denne patient, mens det for andre patienter ikke vil være det. Med en aftale om en brugerstyret seng kan patienten komme ind på hospitalet, før patienten bliver meget syg, og kan dermed have et kortere indlæggelsesforløb. I andre tilfælde kan en brugerstyret seng fungere som en tryghedsskabende forsikring, hvis den psykiske sygdom skulle forværres, også uden, at patienten gør brug af muligheden. Der blev imidlertid også peget på risikoen hos nogle patienter for, at den brugerstyrede seng kan bidrage til, at indlæggelse bliver patientens primære mestringsstrategi, selv om det måske ikke er det, patienten har brug for. En aftale om en brugerstyret seng skal

således bero på en konkret og individuel vurdering af, om en brugerstyret seng vil være til gavn for patienten.

Et helhedsorienteret blik

I en af patientcasene, hvor patienten på grund af svær selvskade var langvarigt indlagt, vurderede panelet, at indlæggelsen ikke var gavnlig for patientens recovery, men at den var nødvendig på grund af faren ved at udskrive patienten. Panelet ville for denne patient ønske, at der havde været sat ind tidligere, så selvskaden ikke var eskaleret i dette omfang. Nu, hvor forværringen var sket, vurderede panelet, at patienten skulle hjælpes ud af indlæggelsen i psykiatrien, og at kommunen skulle bidrage til denne proces med omfattende støtte i forhold til bolig, netværk og beskæftigelse. Panelet konstaterede, at patientens langvarige indlæggelse gradvist fjernede patienten fra livet uden for psykiatrien, blandt andet mistede den unge patient under indlæggelsen kontakten til vennekredsen, og panelet vurderede, at personalet burde have støttet og inddraget det private netværk mere. Panelet efterspurgte et større fokus fra både psykiatrien og kommunen på patientens liv uden for psykiatrien. Kun jobcentret syntes at fastholde fokus på patientens ressourcer, en tidligere gennemført uddannelse og patientens muligheder for fremtiden. Patientens private netværk, frivillige organisationer, forskellige former for beskæftigelse og andre kontakter bør være en del af patienternes forløb. Et panel foreslog en øgning i ansættelsen af peer-medarbejdere, som kan være med til at understøtte et helhedsorienteret blik på patienternes liv.

Det bør ifølge auditpanelerne være naturligt og uomgængeligt at inddrage det private netværk omkring patienten. Det blev anset for positivt, at psykiatrien i en patientcase samarbejdede med den nærmeste pårørende om at forebygge indlæggelser, når patienten blev utryk i hjemmet, men samarbejdet kom dog sent i gang. I en anden case blev de pårørende overvejet inddraget i det ambulante forløb i psykiatrien, men først mere end 10 samtaler henne i forløbet. Inddragelse af det private netværk skal naturligvis ske ud fra patientens ønsker og behov, påpegede paneldeltagerne. Det er ikke altid, patienten ønsker denne inddragelse, men deltagerne drøftede nødvendigheden af, at de professionelle søger at motivere patienten til dette samarbejde, da de pårørende kan spille en rolle i forebyggelsen af genindlæggelser. Desuden kan pårørende selv have behov for hjælp og støtte.

Analysen pointerer, at fagpersoner skal holde sig for øje, at de kun bidrager til en lille del af patientens liv, og at en psykiatrisk patients liv er meget mere end de professionelle hjælpesystemer. Forebyggelse af hyppige indlæggelser kræver, at blikket rettes mod hele patientens liv.

Samtalen med patienten

Auditpanelerne savnede, at fagpersonerne i højere grad, end det så ud til i de fire patientcases, talte med patienterne om, hvordan genindlæggelserne kunne forebygges. Der blev talt med patienterne, og i flere tilfælde blev de involveret i deres egen behandling og støtte, men på det overordnede plan blev der ikke taget hensyn til

patienternes livssituation og udfordringer – og der blev ikke talt med patienterne herom. I forbindelse med en af patientcasene undrede panelet sig over, at der tilsyneladende ikke blev talt med patienten om patientens voldsomme selvmordsforsøg og selvskadeepisoder og en plan for, hvordan patienten skulle undgå forværring af sygdom og impulser i forhold til selvskade og selvmord.

For alle patienter gælder det om at hjælpe patienten ud fra de ressourcer, patienten er i besiddelse af. Deltagerne i auditpanelerne kom ind på, at man ikke kan inddrage patienter for meget. Det er en uomgængelig del af enhver behandlings- og recoveryindsats, at patienten inddrages i beslutninger om eget liv. Deltagerne påpegede dog, at reel inddragelse ikke blot handler om at gøre, hvad patienten ønsker, men at bruge disse ønsker på en faglig måde og med et rehabiliterende sigte. Et panel hæftede sig ved, at ingen syntes at tale med en af patienterne om vedkommendes ønske om at flytte i egen bolig. Panelet efterspurgte en dialog med patienten om, hvordan patienten gerne ville bo og om patientens behov for støtte, så der kunne lægges en plan sammen med patienten og arbejdes ud fra dette. Panelets vurdering var, at patienten var for udfordret, blandt andet kognitivt, til at kunne bo i egen bolig og så gerne en faglig forholde sig hertil, samt at nogen talte med patienten herom, så der kunne tages de rette hensyn til patienten og de hyppige indlæggelser kunne undgås.

I stedet for blot at være imødekommende og følge patientens ønsker må fagpersonerne hjælpe patienten med at bryde ønskerne ned i mindre dele og udfordre patienten i forhold til temaer, som patienten har svært ved at forholde sig til. Patienten skal hjælpes med at yde indflydelse ud fra vedkommendes situation og udfordringer.

Patientinddragelse skal således forstås bredt. Frem for kun at handle om at imødekomme patientens ønsker drejer det sig om den form for samtale, fagpersoner har med patienten, hvor der tages hensyn til patientens hele liv og udfordringer – så den enkeltes recoveryproces understøttes og patienten kan føre en så selvstændig tilværelse som muligt.

I forhold til forebyggelse af genindlæggelser i psykiatrien kan på baggrund af analysen fremsættes følgende anbefalinger:

1. Det anbefales at understøtte patienten i kontakten med eget private netværk og, hvis det er muligt og hensigtsmæssigt, motivere patienten til, at netværket må involveres, blandt andet gennem netværksmøder.
2. Det anbefales, at der arbejdes kontinuerligt med patientinddragelse i et recoveryperspektiv. Fagpersoner skal lytte til patienten (borgeren), tage afsæt i vedkommendes ønsker, håb og drømme, men fagpersonerne skal også anvende deres viden om patientens udfordringer og indlæggelser i psykiatrien til en dialog med patienten om, hvilken hjælp der skal til for, at de u hensigtsmæssige indlæggelser undgås, og patienten kan komme tættere på at leve det liv, vedkommende ønsker.

4 En fælles opgave

Fragmenterede indsatser

Auditpanelerne noterede sig, at der var et stort antal aktører og fagpersoner involveret i patienternes forløb, herunder i forbindelse med indlæggelserne i psykiatrien. Det blev påpeget, at dette vanskeliggør opbygningen af relationer til patienten og kontinuiteten i samarbejdet mellem fagpersoner, hvorved indsatserne bliver fragmenterede. Det blev på auditmøderne foreslået, at den ambulante psykiatri spiller en tydeligere og mere gennemgående rolle i patientforløb med mange indlæggelser. Psykiatrien skal i højere grad "komme ud af matriklen" og bidrage med en udgående indsats. Der blev i den forbindelse efterspurgt en tættere opfølgning fra distriktpspsykiatrien i kritiske perioder, blandt andet efter en indlæggelse. Behandling og støtte skal tilpasses den enkelte patient, så patienten hjælpes på den måde, det fungerer bedst.

Panelerne efterspurgte en øget og mere fleksibel kommunal indsats, så den eller de personer, patienten har en god relation til, har mulighed for at støtte patienten mere intensivt i kritiske situationer. I gennemgangen af patientcasene vurderede deltagerne i auditpanelerne, at patienterne for ofte lod sig indlægge på grund af utryghed, behov for omsorg, kontakt og praktisk hjælp, som de sociale indsatser omkring borgeren ikke syntes at imødekomme.

For mange patienter vil det være en fordel at blive i eget hjem eller i botilbuddet i de kendte relationer frem for at blive indlagt, men disse overvejelser syntes der ifølge deltagerne ikke at være tilstrækkeligt fokus på i de gennemgåede sager. Når patienten er indlagt, bør de kommunale støttepersoner fastholde kontakten, hvilket paneldeltagerne heller ikke så eksempler på i materialet. I de gennemgåede patientsager var der heller ikke tilstrækkelig støtte til patienterne efter udskrivelse fra psykiatrien. Der blev således peget på, at personale i et botilbud, bostøtter eller mentorer, som kender den enkelte patient, spiller en vigtig rolle ift. at afhjælpe tilspidsede situationer i ydertimerne, og kan være med til at forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser. Det blev konstateret med beklagelse, at bostøtteindsatsen generelt er skåret ned, og at den kommunale bostøtte ikke kan varetage besøg i aften- og nattetimerne. Der blev peget på, at den kommunale hjemmesygepleje også kunne påtage sig sådanne besøg, hvis den blev klædt på til opgaven. Paneldeltagerne drøftede de forskellige udformninger af kommunale akutpladser, da de i nogle tilfælde kan være et alternativ til indlæggelse.

Analysen viser således, at uhensigtsmæssige genindlæggelser vil kunne forebygges med en øget social indsats, som intensiveres ved behov, en styrkelse af den ambulante del af psykiatrien samt nedbringelse af fragmenteringen ved, at de professionelle parter træder sammen og borgeren får få og kontinuerlige relationer blandt de professionelle.

Handleanvisende fælles viden

Psykatrien bør med sin viden og faglighed bidrage til, hvad der kan gå i stedet for uhensigtsmæssige indlæggelser. Der blev peget på, at behandlingspsykiatriens opgave ikke kun er at yde en indsats af høj behandlingsmæssig kvalitet, men at indsatsen skal række ud over her og nu. Psykiatrien skal bidrage med handleanvisende viden til kommunen og botilbuddet. Der var ifølge deltagerne i de to auditpaneler for lidt fælles afstemning af, hvad der kunne hjælpe patienten, så genindlæggelserne blev forebygget. I forløb, hvor vagtlæge, akutmodtagelse og politi er involverede, er det vigtigt, at disse parter også klædes på og får specifikke handleanvisninger for, hvordan parterne bør agere i situationen. Auditpanelerne var inde på, at forløb, hvor patienten har selvskadeproblematikker med mange indlæggelser til følge, ofte er vanskelige og langvarige. Det er ikke altid, patienten ønsker at modtage hjælp. Den rette hjælp kan handle om god timing og om ikke at afvise patienten. Auditpanelerne vurderede, at der i disse forløb ofte kan opstå en oplevelse af, at man famler i blinde. Det vigtige er, at man på tværs af sektorer bakker hinanden op i erkendelsen af, at det er en *fælles* opgave.

Analysen viser således et behov for, at psykiatrien sætter sig ud over et her og nu-fokus og indgår i med handleanvisende viden i samarbejdet om patienter med hyppige genindlæggelser, som ofte opstår på baggrund af samme mønster, og som vurderes uhensigtsmæssige for patientens recovery.

Tæt samarbejde

Panelerne understregede, at aktørerne omkring patienten med mange genindlæggelser bør arbejde tæt sammen. Både på patientniveau og overordnet bør psykiatrien understøtte koordinerede forløb, vurderede auditpanelerne. Psykiatriens viden bør bringes i spil i form af rådgivning, samarbejds møder og undervisning. Psykiatriens udredninger kan mangle handleanvisninger for, hvordan fagpersoner, herunder fagpersoner fra kommunen, bedst bruger udredningens viden til bedst at hjælpe patienten. Fagpersoner, der har med en patient at gøre, bør udnytte og drage nytte af hinandens viden og indsats. Et panel bemærkede for eksempel, at der i en patientcase var et eksempel på, at hverken sengeafdelingen eller kommunen syntes at bruge viden fra patientens psykolog- og fysioterapiforløb i psykiatrien. Et panel forholdt sig kritisk til, at patienten i en af deres cases måtte være indlagt i ventetiden til at få en plads i et botilbud og vurderede, at det ved valg af botilbud var vigtigt at sikre, at indflytningsprocessen kunne gå i gang, og at der blev valgt et botilbud, hvor der var mulighed for kontinuerligt, tværsektorielt og fleksibelt samarbejde. Under ventetiden, mens patienten var indlagt, burde i det konkrete tilfælde være igangsat en overgang til botilbuddet. Det var panelets vurdering, at patienten efter indflytning i botilbuddet formentlig fortsat ville blive indlagt i perioder, og der var brug for en høj grad af koordinering, videndeling og samarbejde omkring patienten.

Analysen pointerer, at forebyggelse af genindlæggelser hænger sammen med, at fagpersoner i og på tværs af sektorerne arbejder i samme retning og løbende

afstemmer indsatserne ved at understøtte hinandens faglighed med handleanvisende viden.

I forhold til forebyggelse af genindlæggelser i psykiatrien kan på baggrund af analysen fremsættes følgende anbefaling:

3. Det anbefales at undersøge, hvorvidt den kommunale støtte i aften-
nattetimerne i højere grad kan bidrage til at skabe øget tryghed hos patienter,
der ellers vil have tendens til at opsøge psykiatrien, og som ikke har brug for
psykiatrisk behandling. Det anbefales endvidere at undersøge muligheder for,
hvordan psykiatrien kan understøtte vidensdeling og koordinerede forløb for
eksempel gennem undervisning, rådgivning og samarbejds møder på overordnet
niveau og klare koordinerede planer på patientniveau mellem
behandlingspsykiatri og de sociale (bo)tilbud.

5 En fælles plan

Kommunens planer for patienten

I en patientcase, hvor en ung patient var langvarigt indlagt, forholdt auditpanelet sig kritisk til, at kommunens sociale indsats helt syntes at ophøre under den lange indlæggelse. Panelet efterspurgte en fælles tværsektoriel plan og et tæt samarbejde, hvor kommunen spillede en mere aktiv rolle under indlæggelsen. Panelet fandt det tillige problematisk, at patienten på et tidspunkt i en sårbar tilstand blev udskrevet til eget hjem, hvor der ingen professionel støtte var.

Deltagerne i auditanalysen efterspurgte, at kommunerne indgår i den fælles plan for patientens støtte og behandling og forholder sig mere konkret til forebyggelse af genindlæggelser ud fra den enkelte patients situation. Kommunerne bør medtage i vurderingen af en patients støttebehov, hvordan uhensigtsmæssige indlæggelser undgås. Deltagerne drøftede vigtigheden af en kommunal plan for den sociale indsats, bostøtte, botilbud med videre. Hvad er formålet, og hvad skal man arbejde hen imod? I flere af de gennemgåede sager var ikke medsendt fyldestgørende dokumentation af kommunens visitationsgrundlag og plan for den sociale indsats. Det var uklart, om dokumenterne forelå i de konkrete tilfælde, men i begge auditpaneler blev vigtigheden af disse slået fast.

Analysen peger på relevansen af kommunens bidrag til en fælles plan for, hvordan borgerens sociale problematikker og støttebehov imødekommes, så uhensigtsmæssige indlæggelser undgås.

Inddragelse af de relevante fagpersoner i den fælles plan

Internt i kommunen og i det tværsektorielle samarbejde er brug for en fælles viden om en patients situation og udfordringer, herunder patientens eventuelle kognitive problemer, relative umodenhed og andet, der har betydning for, hvordan patienten skal hjælpes i kritiske perioder.

I de voldsomme indlæggelsesforløb, blandt andet hvor det handler om selvskade, bør være en samlet kriseplan med strategier for håndtering af affekt, kriterier for indlæggelse samt alternativer til indlæggelse. Auditpanelerne fremhævede som nævnt ovenfor, at det i mange genindlæggelsesforløb er vigtigt at involvere akutafdelingen og politiet i relation til, hvad der alternativt kan hjælpe patienten.

Analysen viser, at det for hver patient skal overvejes, hvem der skal indgå i den fælles plan og i samarbejdet om at undgå uhensigtsmæssige indlæggelser i psykiatrien.

Alment praktiserende læges og vagtlæges rolle i samarbejdet

Det blev på auditmøderne drøftet, hvordan almen praksis bør kende en patients forløb i psykiatrien, den kommunale støtte mv., så patientens læge kan spille en mere aktiv rolle i forebyggelse af genindlæggelser i psykiatrien. I de perioder, hvor en patient er hyppigt eller ofte indlagt, vil almen praksis sjældent have ret meget med patienten at

gøre. Deltagerne i auditpanelerne pegede imidlertid på, at patientens egen læge bør være informeret om forløbet i en grad, så almen praksis kan involveres i den forebyggende og fælles indsats, så snart patientens situation er stabiliseret. Hvad angår vagtlægens rolle konstateredes i begge auditpaneler, at vagtlægen ofte involveres i indlæggelserne, da de ofte sker i aften- og nattetimerne, men at vagtlægen ikke har adgang til viden om den enkelte patient og derfor i mindre grad kan foreslå andet end en indlæggelse (se mere herom nedenfor i afsnittet om viden om patienten).

Analysen viser, at da den enkelte vagtlæge kun møder patienten kort, er det vanskeligt for vagtlægen at indgå i en fælles plan for patienten, mens almen praksis, som repræsenterer en kontinuitet i patientens liv i forhold til patientens samlede sundhedstilstand, bør kunne indgå i den fælles plan. Patientens egen læge bør således bidrage til samarbejdet om den rette behandling og støtte med henblik på at forebygge u hensigtsmæssige indlæggelser i psykiatrien.

Brug de eksisterende muligheder for en fælles plan

Panelerne pegede på, at der allerede er mange typer af fælles planer, som kan bringes i anvendelse; udskrivningsaftaler⁶, koordinationsplaner⁷, koordinerende indsatsplaner⁸ og genoptræningsplaner, hvor sidstnævnte dog kun omhandler fysioterapi og ergoterapi⁹. Begge auditpaneler pointerede, at det vigtigste ikke er planens præcise form, men at der bliver indgået fælles aftaler på patientniveau, så aktørerne får afstemt indsatserne.

⁶ Psykiatrilovens § 13 a: Overlægen har ansvaret for, at der for patienter, som efter udskrivning må antages ikke selv at ville søge den behandling eller de sociale tilbud, der er nødvendige for patientens helbred, indgås en udskrivningsaftale mellem patienten og den psykiatriske afdeling samt de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. om de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten.

⁷ Psykiatrilovens § 13 b: Hvis en patient, der er omfattet af § 13 a, ikke vil medvirke til indgåelse af en udskrivningsaftale, har overlægen ansvaret for, at den psykiatriske afdeling i samarbejde med de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. udarbejder en koordinationsplan for de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten. Det fremgår desuden af § 13 c, at den psykiatriske afdeling kan videregive oplysninger om patienters rent private forhold til andre myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl., hvis videregivelsen må anses for nødvendig af hensyn til indgåelse af og tilsyn med overholdelse af en udskrivningsaftale eller en koordinationsplan. I samme omfang kan myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. videregive oplysninger om patienter til den psykiatriske afdeling og andre myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl.

⁸ Den koordinerende indsatsplan er målrettet mennesker med psykisk lidelse og samtidigt misbrug. Socialstyrelsen og Sundhedsstyrelsen offentliggjorde i september 2014 "Retningslinjer for koordinerende indsatsplaner".

⁹ Genoptræningsplanen er et kommunikationsredskab mellem en fysioterapeut/ergoterapeut på et hospital og en fysioterapeut/ergoterapeut i en kommune. Genoptræning gives inden for rammerne af sundhedsloven og er defineret ved, at den ikke skal stå i stedet for sociale og pædagogiske indsatser eller en mere langsigtet rehabiliteringsindsats. Se referat af møde i Sundhedsstyrelsen den 23. november 2018, pkt. 9, Godkendelse af prøvehandling vedr. genoptræningsplaner i psykiatrien.

<https://www.sundhedsaftalen.rm.dk/siteassets/moedefora/sundhedsstyrelsen/231118/referat-aben-sundhedsstyrelsen-23-11-18.pdf> (hentet den 11. juni 2019).

I forhold til forebyggelse af genindlæggelser i psykiatrien kan på baggrund af analysen fremsættes følgende anbefalinger:

4. Det anbefales, at der udformes en samlet tværsektoriel plan med handleanvisninger for, hvem der gør hvad i forhold til eventuel krisesituation og at planen udformes ud fra eksisterende muligheder som eksempelvis udskrivningsaftale, koordinationsplan eller koordinerende indsatsplan. Det anbefales, at det tværsektorielle samarbejde foregår kontinuerligt, så de faglige indsatser udføres samstemt, og at de relevante parter inddrages, herunder eksempelvis også patientens egen læge, vagtlæge, politi og akutafdeling.
5. Det anbefales, at det afklares, hvordan den alment praktiserende læge kan spille en større rolle i forebyggelsen af uhensigtsmæssige genindlæggelser.

6 Viden om en patients indlæggelser og om muligheder for forebyggelse

Manglende videndeling om indlæggelser

I gennemgangen af patientcasene blev det bemærket, hvor omfattende en mængde af dokumentation, der forelå, særligt fra behandlingspsykiatrien. Temaet var, hvorvidt dokumentationen var overskuelig og blev anvendt. Der manglede viden hos kommunen om indlæggelserne, som ofte fandt sted i aften- og nattetimer. Manglende kommunikation mellem regionspsykiatrien og botilbuddet/bostøtten betød, at det ikke blev afklaret, hvilke alternativer der kunne være til indlæggelse. Der efterspurgtes som nævnt mere støtte til de sociale, praktiske og private forhold, som ofte var medvirkende faktorer i patienternes hyppige genindlæggelser.

Paneldeltagerne fremhævede udfordringer med videndelingen internt i kommunen. Det drøftedes på hvilken måde, der kan tales med patienten om samtykke til videndeling, som kan fremme samarbejdet om en fælles hjælp til patienten – som også kan være med til at forebygge indlæggelser i psykiatrien.

Det blev fremhævet, at der bør stoppes op i de tilfælde, hvor en patient ofte genindlægges – og bliver vurderet tværfagligt og tværsektorielt, hvorvidt indlæggelserne er uhensigtsmæssige, hvad de i givet fald er udtryk for, og hvordan patientens problemstillinger vil kunne imødekommes og indlæggelse undgås. Afdelingsledelserne i psykiatrien bør spille en rolle i forhold til, at der stoppes op i disse tilfælde, ligesom de kommunale myndighedssagsbehandlere kan tage initiativet. I forhold til sidstnævnte blev der dog peget på mangler i videndelingen om en patients indlæggelser og udtrykt uvished om, hvorvidt en myndighedssagsbehandler overhovedet orienteres om en patients indlæggelser i psykiatrien. Det blev påpeget, at den elektroniske kommunikation fungerer dårligt på psykiatriområdet, og forbedring af MedCom¹⁰ blev efterspurgt. Det fremhævedes, at såvel kommune som almen praksis skal kende til patientens indlæggelser for at kunne bidrage til forebyggelse af disse. Hvad angår den praktiserende læge blev peget på, at det kan blive for tilfældigt, hvilken viden der lander hos den praktiserende læge. Det blev desuden efterspurgt, at den praktiserende læge og patientens botilbud kan kommunikere elektronisk på effektiv og sikker vis.

Hvad angår vagtlægen, konstateredes som nævnt, at denne ikke har viden om patientens situation og eventuelle alternativer til en akut indlæggelse, og derfor sjældent har andre muligheder end at lade patienten indlægges. Det blev drøftet, hvorvidt oplysninger om patientens alternativer til indlæggelse kunne fremgås som

¹⁰ MedCom er en non-profit organisation, stiftet af Sundhedsministeriet, Danske Regioner og KL. Formålet med etableringen af MedCom var at standardisere og digitalisere de hyppigst forekommende kommunikationsstrømme mellem praktiserende læger, sygehuse og kommuner. <https://www.medcom.dk/om-medcom> (hentet 11. juni 2019).

CAVE¹¹-meddelelse.¹² Desuden blev foreslået, at vagtlægen, når denne tager kontakt til psykiatrien om indlæggelse af en patient, får oplysninger om eventuelle alternativer til indlæggelse for denne patient. Det kræver, at behandlingspsykiatrien har overblik over, hvad denne patient i andre tilfælde har draget nytte af, for eksempel kommunal støtte, akutplads, privat netværk, PN-medicin eller en subakut tid i ambulatoriet næste dag. Der blev peget på funktionaliteten POP¹³ i EPJ som en mulighed for hurtigt overblik over oplysninger om, hvad der eventuelt kan sættes i værk i stedet for en indlæggelse.

En stor del af analysen om genindlæggelser og tværsektorielt samarbejde har således fokus på viden; hvordan de rigtige personer i sektorerne får adgang til rettidig viden om den enkelte patients forløb som grundlag for at kunne bidrage til forebyggelse af uhensigtsmæssige genindlæggelser. Analysen udpeger mangler i de elektroniske kommunikationsmuligheder på psykiatriområdet.

Netværksmødemodeller

Der blev efterspurgt øget dialog og brug af netværksmøder i forebyggelsen af uhensigtsmæssige indlæggelser. Mødets form og hvem, der inviterer til netværksmødet, vil afhænge af konteksten. Initiativet kan tages af regionspsykiatrien, botilbuddet, myndighedssagsbehandler, bostøtte, brobygger eller en anden. Netværksmøder bør så vidt muligt holdes i samarbejde med patienten. Som inspiration blev peget på metoden Inddrag Nu eller principperne for Åben Dialog, hvor sidstnævnte har det største fokus på patientinddragelse, da det er patienten, der inviterer til mødet og sætter dagsordenen. Det væsentligste er igen ikke formen, men at fagpersonerne omkring patienten får kendskab til hinanden og patientens samlede situation. Der kan bruges digitale løsninger, hvis det sikrer deltagelse af vigtige aktører, eksempelvis patientens egen læge eller myndighedssagsbehandler.

Der blev på auditmøderne henvist til den cirkulære samarbejdsmodel, som er udformet i et samarbejde mellem Aarhus Kommune og AUH Psykiatrien.¹⁴ Modellen, som retter sig mod patienter med svært selvskadende adfærd, blev fremhævet som inspirerende i forhold til andre typer af patienter med hyppige genindlæggelser. Den cirkulære samarbejdsmodel omfatter individuelle, fleksible løsninger med løbende videndeling, supervision, netværksmøder og inddragelse af ledelse på tværs af sektorer.

¹¹ Cave (latin for vogt dig eller undgå) er et medicinsk fagudtryk for lægemidler, som en patient ikke bør få, typisk på grund af allergi. CAVE-oplysninger fremgår af patientens sundhedsjournal og opdateres kun i forbindelse med indlæggelse.

¹² Anvendelse af CAVE-meddelelser til oplysninger om alternativer til indlæggelser i vagtlægesystemet blev også foreslået i en analyse i Randersklyngen i 2018. "Sundhedsstrategisk ledelse, Laboratorium 14, Forebyggelse af akutte indlæggelser (Psykiatri)", oktober 2018, s. 10.

¹³ Problem Orienteret Plan.

¹⁴ "Den cirkulære samarbejdsmodel", Socialforvaltningen, Aarhus Kommune, 4. december 2018.

Analysen viser et behov for, at de involverede fagpersoner mødes – gerne også med patienten – for at afstemme indsatserne med henblik på at forbedre patientens samlede forløb og herunder undgå uhensigtsmæssige indlæggelser.¹⁵

Ledelsesopbakning

Der bør som nævnt være en plan, gensidigt kendskab og aftaler mellem aktørerne på patientniveau, så fagpersonerne anskuer patientens situation samlet og vurderer, hvordan ressourcerne bruges bedst i forhold til, hvad der gavner den enkelte patient. Samarbejdet kræver ledelsesopbakning og aftaler på overordnet niveau. Et panel pegede på klyngerne som ramme for de overordnede aftaler, da der her er ledelsesmæssigt samarbejde og kendskab til de faglige aktører i et område, herunder de psykiatriske afdelinger, kommunale psykiatriindsatser, botilbud, forsorgshjem med videre. Fra det andet auditpanel lød det, at de overordnede aftaler ikke altid hører hjemme i klyngerne, men at samarbejdets spilleregler skal defineres lokalt og ud fra, hvad der virker imellem de konkrete samarbejdsparter.

Analysen viser således, at det er centralt, at der på ledelsesniveau etableres rammer for samarbejdet, som gør det muligt at alle arbejder ud fra den enkelte patients situation og ud fra, at de fælles ressourcer på bedst mulige vis bidrager til at afhjælpe patientens udfordringer.

I forhold til forebyggelse af genindlæggelser i psykiatrien kan på baggrund af analysen fremsættes følgende anbefalinger:

6. Det anbefales, at der i situationer med mange uhensigtsmæssige genindlæggelser stoppes op og samles viden med henblik på at overveje, hvordan de samlede ressourcer bruges bedst, og om der tilbydes det, patienten har brug for. Det er vigtigt, at man i den forbindelse ser på patientens samlede liv og i fællesskab sammensætter en individuel tilrettelagt indsats ud fra patientens behov. Dette kræver ledelsesunderstøttelse, og derfor anbefales det, at der i lokale samarbejdsfora laves konkrete aftaler om spilleregler for samarbejdet, samt at der, hvor det er relevant, indgås aftaler om principper for samarbejdet i klyngerne.
7. Det anbefales, at de IT-teknologiske udfordringer med tværsektoriel kommunikation på psykiatriområdet, bl.a. i regi af MedCom, løses.

¹⁵ I sundhedsaftalen 2015-2018 findes en række beskrivelser fra 2015, som ligger i tråd med auditpanelernes drøftelser om tværsektorielt samarbejde om patienter med hyppige og gentagne indlæggelser. Blandt andet fremhæves anvendelse af tværsektorielle samarbejds møder med inddragelse af borgeren. Se dokumenterne i sundhedsaftalens værktøjskasse om regionens, kommunens og almen praksis' opgaver i ambulante forløb i voksenpsykiatrien samt ved indlæggelse. <https://www.sundhedsaftalen.rm.dk/varktøjskasse/psykiatri---voksne/> (hentet 5. juni 2019).

Bilag 1: Om kvantitativ audit, trin 1

Formål med trin 1

Trin 1 af analysen bestod som nævnt af en kvantitativ audit. Formålet med det første trin var at analysere regionale kvantitative data vedrørende akutte indlæggelser og genindlæggelser og designe den casebaserede audit på baggrund af fagpersoners vurderinger af data og faglige indsigt i området. Auditpanelet bestod af udvalgte repræsentanter fra region, kommuner og almen praksis.¹⁶

Data

De data, som indgik i dette trin af undersøgelsen, var fra Region Midtjylland. Data fra kommuner og almen praksis indgik ikke i dette trin af undersøgelsen. Kommuners og alment praktiserende lægers indsats over for disse patienter blev drøftet med afsæt i deltagernes baggrund og kendskab til patienterne.

Data omfattede akutte indlæggelser, akutte genindlæggelser samt det totale antal indlæggelser (akutte og elektive) i psykiatrien i 2017. De brugerstyrede indlæggelser var, så vidt registreringspraksis muliggjorde det, frasorteret i opgørelserne.

"Genindlæggelse" skal forstås som en akut psykiatrisk genindlæggelse defineret ud fra følgende kriterier¹⁷:

- Indlæggelsen finder sted tidligst 4 timer og inden 30 dage efter udskrivningen fra den foregående indlæggelse
- Indlæggelsen starter akut
- Patienten må på tidspunktet for indlæggelsen ikke have en kræft- eller ulykkesdiagnose

Auditpanelet fik fremsendt de aggregerede datasæt forud for auditmødet.

Vurderingsspørgsmål

Deltagerne blev på mødet bedt om at fremlægge deres svar på følgende spørgsmål:

1. Hvad giver resultaterne anledning til af overvejelser vedr. patienter, der hyppigt indlægges og genindlægges i psykiatrien?
2. Hvilke mulige problemstillinger ser du i relation til de hyppige og gentagne akutte indlæggelser i psykiatrien?

¹⁶ Resultatet af trin 1 blev præsenteret på møde i Psykiatri- og socialudvalget den 14. november 2018, pkt. 7, Status vedrørende analyse af genindlæggelser og tværsektorielle forløb i psykiatrien i Region Midtjylland.

¹⁷ Sundhedsdatastyrelsen (2017): Genindlæggelser i det psykiatriske sundhedsvæsen.

Deltagere i kvantitativt auditmøde, trin 1

På mødet den 26. oktober 2018 deltog følgende personer:

1. Lise Høyer, praktiserende læge og formand for PLO-Midtjylland
2. Elisabeth Brix Westergaard, udviklingskonsulent, Psykiatri og Social, Region Midtjylland
3. Thomas Kure Jepsen, AC-fuldmægtig og BI-koordinator, Psykiatri og Social, Region Midtjylland
4. Janne Rezagi, ledende overlæge, Regionspsykiatrien Vest
5. Hanne-Lone Teglers, klinisk koordinator, Regionspsykiatrien Randers
6. Pernille Brandstrup Haunsvig, afdelingssygeplejerske på modtagelse/intensiv, Regionspsykiatrien Midt
7. Dorte Påskesen, forstander Skovlyset, Herning Kommune

Følgende var forhindret i at deltage:

8. Bodil Svenstrup, afdelingsleder, Haslekollegiet, Aarhus Kommune
9. Jane Thillemann, overlægevikar, Afdeling P, psykiatrisk modtagelse, Aarhus Universitetshospital, Risskov

Mødeledere fra DEFACTUM var Kirsten Overgaard og Marianne S. Balleby. Som referent deltog praktikant ved DEFACTUM Ditte Marie Nørmark Andersen.

Overblik over patienter med hyppige akutte genindlæggelser

Tabel 1: Stationær aktivitet fordelt på antal årlige indlæggelsesforløb i 2017

Antal indlæggelsesforløb	Antal unikke cpr	Antal akutte indlæggelser
1	3.082	2.844
2	771	1.446
3	330	931
4	167	638
5	101	473
6	57	315
7	35	232
8	24	182
9	20	171
10	16	154
11 eller flere	70	1.176
Total	4.673	8.562

Af de kvantitative opgørelser fremgik, at forholdsvis få patienter stod for mange af de hyppige og gentagne akutte indlæggelser.

Det fremgår af tabel 1, at en stor del patienter har én indlæggelse i 2017, mens forholdsvis få patienter har en stor andel af de samlede indlæggelser.

Tabellen viser, at 3.082 patienter har haft ét indlæggelsesforløb i 2017. At det samlede antal akutte indlæggelser for gruppen af patienter er mindre end antallet af patienter, nemlig 2.844 akutte indlæggelser, skyldes blandt andet, at en del af patienterne har været indlagt elektivt.

Tabellen viser, at 70 patienter har haft 11 eller flere indlæggelsesforløb i 2017. Denne gruppe af patienter stod for 1.176 af de akutte indlæggelser i 2017; i gennemsnit 16,8 akutte indlæggelser per patient. Dette kan dække over stor variation.

Mange af de hyppige og gentagne akutte indlæggelser var af patienter med skizofreni og personlighedsforstyrrelse. Panelet, der gennemgik de kvantitative opgørelser gjorde opmærksom på, at det frem for diagnosen ofte er adfærden og den situation, patienten er i, som er årsag til, at patienten genindlægges. Da de største grupper af forløb med hyppige og uhensigtsmæssige indlæggelser består af patienter med skizofreni og personlighedsforstyrrelse, blev det imidlertid besluttet, at den casebaserede audit skulle sætte fokus på disse diagnosegrupper.

Halvdelen af de akutte indlæggelser og en endnu større del af de indlæggelser, som skete inden for 30 dage efter den foregående indlæggelse, var korte indlæggelser af 0-3 dages varighed. I den kvantitative del af analysen (trin 1) vurderede panelet, at genindlæggelser *kunne* være resultat af uhensigtsmæssige forløb, men ikke var det i alle tilfælde.

Design af casebaseret audit på baggrund af trin 1

Analysens trin 1 førte til, at der i den casebaserede audit skulle inddrages patientforløb med hyppige og akutte indlæggelser af kortere varighed (0-3 dage), som fagpersonerne, der kendte patienten, vurderede som uhensigtsmæssige.

Panelet udpegede forebyggelse som et vigtigt tema for den kvalitative del af analysen, og at indsatserne både forud for, under og efter indlæggelse indgik, herunder patientinddragelse, videndeling og kommunikation. Ligeledes pointerede panelet på baggrund af deltagernes erfaringer vigtigheden af, at den casebaserede audit omfattede de forskellige indsatser fra region, kommune og almen praksis. Panelet i trin 1 af analysen fandt det i den forbindelse vigtigt, at de patienter, der blev udvalgt til den casebaserede audit, havde mange aktører omkring sig, så det var muligt at vurdere arbejdet med de koordinerende indsatser, det tværsektorielle samarbejde samt de involverede aktørers gensidige kendskab til hinandens rolle og funktion i forløbet.¹⁸ Da analysens fokus er forbedring af det tværsektorielle samarbejde blev KOSU (Den kommunale styregruppe på sundhedsområdet i den midtjyske region) involveret i den videre proces og designet af den casebaserede audit.

¹⁸ I metodeafsnittet beskrives designet af den casebaserede audit, herunder kriterier for valg af sager.

På baggrund af trin 1 udvalgte følgende inklusionskriterier for sager til trin 2 af analysen:

- Aktionsdiagnosen var enten personlighedsforstyrrelse eller skizofreni
- Mindst en af patienterne havde et misbrug
- Fagpersoner, der kendte patienten, vurderede, at patienten havde mange korte (0-3 dage) psykiatriske indlæggelser, som af fagpersonerne oplevedes uhensigtsmæssige
- Der var mange professionelle aktører i patientens liv
- Patienten var tilknyttet et botilbud eller bostøtte, var visiteret og ventede på et tilbud, eller vurderedes at have behov for kommunal støtte
- En af patienterne var ny i psykiatrien, var først inden for det seneste år blevet hyppigt indlagt i psykiatrien og var aldersmæssigt i 20'erne

Det blev valgt at frasortere patienter med dom til behandling, idet disse vurderedes at have særskilte problematikker, som ville gøre det vanskeligt at vurdere disse forløb sammen med de øvrige forløb med hyppige akutte indlæggelser.

Det blev endvidere besluttet, at følgende materiale, for så vidt det forelå, skulle indgå i den casebaserede audit:

- Journalmateriale fra EPJ i psykiatrien i Region Midtjylland fra de seneste 2-3 måneder herunder:
 - Behandlingsplan, evt. koordinationsplan/udskrivningsaftale, journalnotater og anamnese
- Oversigt over psykiatriske og somatiske kontakter med sundhedsvæsenet i Region Midtjylland i 2017 og 2018
- Journal fra praktiserende læge og vagtlæge fra de seneste 2-3 måneder
- Politiets døgnrapport fra de seneste 2-3 måneder
- Planer og notater vedr. kommunal støtte, dagbogsnotater fra botilbud fra de seneste 2-3 måneder
- Planer og journalnotater fra misbrugsbehandling, beskæftigelsesindsats og kommunal sundhedsfaglig indsats fra de seneste 2-3 måneder
- Eventuelle kommentarer fra patienten givet i forbindelse med samtykkeerklæring

Bilag 2: Om casebaseret audit, trin 2

Casebaseret audit er en systematisk drøftelse af et afgrænset emne gennem faglig vurdering af et eller flere udvalgte eksempler på konkret fagpraksis. Metoden synliggør forskellige perspektiver på den pågældende fagpraksis. Denne udgave af auditmetoden er kvalitativ. Ved at gå i dybden med få sager og se et forløb i sin helhed, får auditpanelet et praksisnært indtryk af de faglige handlinger. Gennemgangen af fagpraksis kan skabe et stærkt afsæt for nye erkendelser om behovet for styrkelse eller ændring af praksis. I auditforløbets ligeværdige ramme udvikles virkelighedsnære anbefalinger.

Deltagere i casebaseret audit, trin 2

Auditpanelet til det første auditmøde den 29. marts 2019 bestod af følgende personer:

1. Leif Gjørtz Christensen, formand, SIND, Region Midtjylland
2. Camilla Lyhne Overgaard, udviklingsmedarbejder/kliniker, Regionspsykiatrien Vest
3. Stine Baltzer Bruun, sygeplejerske og souchef, AUH Psykiatrien, Afd. for Depression og Angst
4. Eva Nedergaard, afdelingsleder, Specialområde socialpsykiatri voksne
5. Zywia Anna Brouer, ledende overlæge, Regionspsykiatrien Horsens
6. Yrsa Bro, ledende oversygeplejerske, Regionspsykiatrien Midt
7. Tanja Guldhammer, centerleder, Lemvig Kommune
8. Rie Andersen, souschef i socialområdet og leder af Udsatte og Socialafdelingen, Viborg Kommune
9. Susanne Olesen, psykiatrisk sygeplejerske, Syddjurs Kommune
10. Maria Fyrst, kvalitetsansvarlig sygeplejerske, Syddjurs Kommune
11. Anette Schjødt Nyvang, brobygger, Horsens Kommune
12. Christian Degn Gerlings, afdelingsleder, Socialpsykiatri og Udsatte Voksne, Aarhus Kommune
13. Jannie Bek Kirkegaard, socialrådgiver, Holstebro Kommune
14. Birgitte Borup, praktiserende læge

På auditmødet den 5. april 2019 indgik følgende personer i panelet:

1. Annette Bjørnskov Neess, formand for Bedre Psykiatri Herning/Ikast-Brande
2. Hanne-Lone Teglers, sygeplejerske og klinisk koordinator, Regionspsykiatrien Randers
3. Ea Bøhm Jepsen, overlæge, Afd. for Psykoser, AUH Psykiatrien
4. Ann Schnefeldt Spoorendonk, koordinator, Specialområde socialpsykiatri voksne
5. Zywia Anna Brouer, ledende overlæge, Regionspsykiatrien Horsens
6. Yrsa Bro, ledende oversygeplejerske, Regionspsykiatrien Midt
7. Bo Bjerrum Hvass, områdeleder socialpsykiatrien, Favrskov Kommune
8. Sanne Ørum, sagsbehandler, Center for Myndighed, Aarhus Kommune
9. Camilla Bruun Højhus, hjemmesygeplejerske, Ringkøbing-Skjern Kommune
10. Bente Helweg-Mikkelsen, leder af Rusmiddelcenter, Syddjurs Kommune
11. Annette Brøndum, fuldmægtig i Sociale Forhold og Beskæftigelse, Aarhus Kommune

12. Lis Gedsø Smith, PsykiatriBrobygger, Skanderborg Kommune
13. Lise Høyer, praktiserende læge, formand for PLO-Midtjylland

På begge møder fungerede Marianne S. Balleby og Kirsten Overgaard fra DEFACTUM som mødeledere, og Ditte Marie Nørmark Andersen deltog som referent.

Udvælgelse af sager til casebaseret audit

I en fire ugers inklusionsperiode havde Regionspsykiatrien Vest, Regionspsykiatrien Midt og Afdeling for Psykoser, AUH Psykiatri samt Afdeling for Depression og Angst, AUH Psykiatri til opgave at inkludere indlagte patienter, som kunne passe med kriterierne i undersøgelsen (se ovenfor), og søge at indhente deres samtykke. DEFACTUM modtog otte samtykkeerklæringer fra tre afdelinger og foretog herefter en strategisk udvælgelse af fire patientcases med henblik på at få repræsenteret de forskellige afdelinger og typer af patienter. En afdeling bidrog ikke med patienter til analysen, da de patienter, der opfyldte kriterierne for undersøgelsen, enten ikke var indlagt i inklusionsperioden eller ikke ønskede at afgive samtykke.

Auditpanelerne fik med sikker post tilsendt eller udleveret det indsamlede sagsmateriale, som var suppleret med en sagsoversigt og ellers forelå i sin "rå" form fra de forskellige aktører. Sagerne blev fordelt på de to møder, så hvert panel fik en sag, hvor patienten havde skizofreni og en sag, hvor patienten havde en diagnose med personlighedsforstyrrelse. I øvrigt blev sagerne fordelt tilfældigt.

Vurderingsspørgsmål til casebaseret audit

Inden auditmødet fik deltagerne i de to auditpaneler tilsendt et vurderingsskema, som de skulle udfylde inden mødet. Vurderingsskemaet bestod af tre spørgsmål til hver sag samt to udviklingsspørgsmål for begge de gennemgåede sager, i alt otte spørgsmål.

1. Vurder de faglige indsatser – i forhold til forebyggelse af indlæggelse i psykiatrien

Instruktion:

Vurder indsatsen fra de aktører, du finder relevante, f.eks. botilbud, forsorgshjem, behandlingspsykiatri, jobcenter, misbrugsbehandling, almen praksis, vagtlæge, øvrigt sundhedsvæsen. Vurder om de faglige indsatser er de rette for patienten – før, under og efter patienten indlægges i psykiatrien. Hvis patienten indlægges flere gange i det beskrevne forløb, bedes du vurdere de faglige indsatser samlet. Du bedes således sætte ét kryds. Forklar gerne med henvisning til konkrete eksempler i materialet, hvis nogle faglige indsatser (eller manglende indsatser) trækker særligt op eller ned i din vurdering af, hvorvidt indsatsen forebygger indlæggelse i psykiatrien.

2. Vurder samarbejde, videndeling og koordinering før, under og efter patienten indlægges i psykiatrien

Instruktion:

Vurder samarbejde, videndeling og koordinering før, under og efter patienten indlægges i psykiatrien. Spørgsmålet har til hensigt at belyse de involverede aktørers gensidige kendskab og forventninger til hinandens rolle og funktion, og om ansvarsfordeling og koordinering mellem aktørerne bidrager til forebyggelse af patientens indlæggelse i psykiatrien. Vedrørende videndeling, bedes du overveje, om kommunikationsformerne i forløbet fungerer optimalt, samt om planerne bidrager til koordinering i forløbet. Henvis gerne til konkrete eksempler i materialet.

3. Vurder patientinddragelsen

Instruktion:

Spørgsmålet handler om, hvorvidt der på tilfredsstillende vis tages hensyn til patientens (og eventuelle pårørendes) synsvinkel i forløbet, og om indsatserne understøtter patientens recoveryproces. Du bedes igen sætte ét kryds. Forklar gerne med henvisning til konkrete eksempler i materialet, hvis nogle dele af forløbet eller aktørers indsats trækker særligt op eller ned i din vurdering af patientinddragelsen.

(1-3 gentages for den anden sag på auditmødet)

7. Hvilke typer af hyppige og gentagne akutte indlæggelser kan reduceres, hvis region, kommune og almen praksis arbejder bedre sammen?

Baggrund for spørgsmålet: En analyse af akutte psykiatriske genindlæggelser foretaget af Sundhedsdatastyrelsen i 2017 påpeger, at akutte genindlæggelser kan være udtryk for uhensigtsmæssige forløb og kan skyldes kvalitetsproblemer ved indsatsen under og efter en indlæggelse. Rapporten pointerer dog også, at ikke alle akutte genindlæggelser er uhensigtsmæssige. Genindlæggelser kan eksempelvis være et led i en strategi om, at patienten bedre kan mestre sin hverdag ved at være indlagt nogle få dage hver måned, som det f.eks. sker i forbindelse med de brugerstyrede senge i psykiatrien. Genindlæggelsen kan endvidere være et led i en strategi om at tilbyde nogle selvskadende patienter indlæggelse, når de har det mest svært.

Instruktion:

På baggrund af de gennemgåede sager og dine erfaringer i øvrigt, hvilke typer af hyppige og gentagne akutte indlæggelser er uhensigtsmæssige og kan reduceres ved et bedre tværsektorielt samarbejde mellem region, kommune og almen praksis?

8. Hvordan kan det tværsektorielle samarbejde understøttes?

Instruktion:

På baggrund af de gennemgåede sager og dine erfaringer i øvrigt, hvilke *konkrete* forslag har du til, hvordan det tværsektorielle samarbejde understøttes – med henblik på forebyggelse af uhensigtsmæssige hyppige og gentagne akutte indlæggelser i psykiatrien? Hvem skal gøre hvad?

Mødeplan KOSU 2020

	DATO	STED
1. møde i KOSU	20. feb. 2020, kl. 12.00-13.45	Viborg
2. møde i KOSU	7. maj 2020, kl. 10.00-11.45	Aarhus
3. møde i KOSU	3. sept. 2020, kl. 08.00-09.30	Viborg
4. møde i KOSU	20. nov. 2020, kl. 11.00-12.45	Viborg