

Dataenheden 11.december 2017/OI

Skema 1. Betaling for akut behandling for patienter uden dansk folkeregisteradresse.

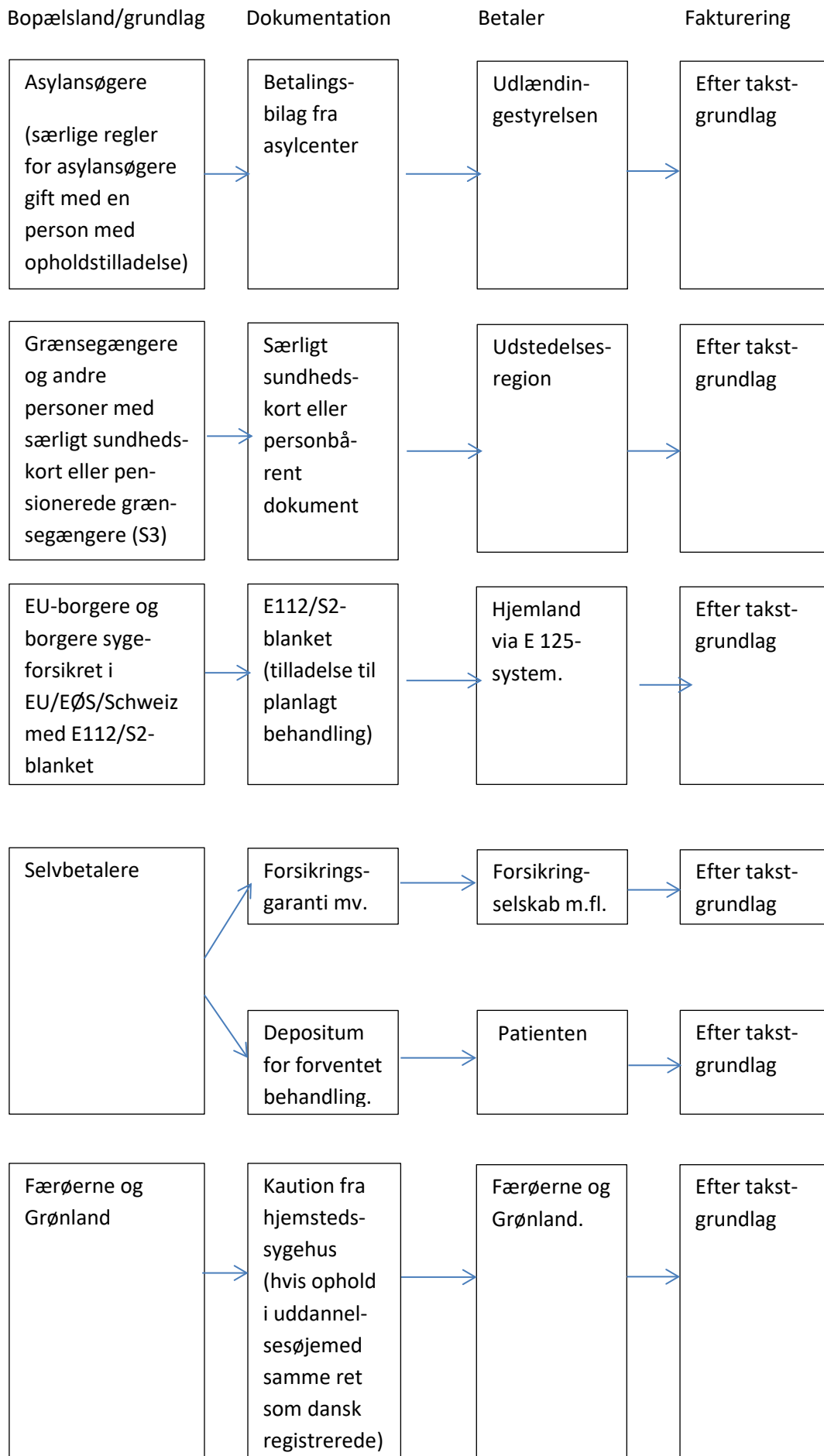
Bopælsland/grundlag	Dokumentation	Betaler	Fakturering
Asylansøgere og personer med ulovligt ophold i Danmark	Opholdssted (asylcenter/ privat indkvartering)	Ingen betaling	Ingen
Grænsegængere og andre personer med særligt sundhedskort eller pensionerede grænsegængere (S3)	Særligt sundhedskort eller personbårent dokument	Ingen betaling	Ingen
Borgere med offentlig sygeforsikring i EU/EØS/Schweiz	Blåt sygesikringskort	Hjemland via E 125-system* dog ikke refusion for afkaldslande**	Efter takstgrundlag
Borgere med privat sygefors. EU/EØS/Schweiz	Landedokumentation	Ingen betaling	Ingen
3.landes borgere og Færøerne og Grønland.	Landedokumentation	Ingen betaling	Ingen

*) E 125-systemet er et indberetningssystem til brug for afregning af sygehjælp til borgere, som er sygesikrede i andre EU/EØS-lande og Schweiz, og som har fået behandling i Danmark.

**) Afkaldslande er: Finland, Island, Norge, Sverige, Irland, Storbritannien, Nordirland og Portugal.

Punkt nr. 12 - Betaling/refusion ved behandling af turister og udlændinge
Bilag 1 - Side -2 af 2

Skema 2. Betaling for planlagt behandling for patienter uden dansk folkeregisteradresse



NOTAT

Opgang D
Telefon 3866 6000
Direkte 38666045
Mail csu@regionh.dk

Dato: 12. oktober 2017

Opsamling på dialogmøde 11. oktober 2017 imellem Udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde, Regionshandicaprådet og Patientinddragelsesudvalget

Velkomst og rundvisning i Handicaporganisationernes Hus

Udvalgsformand for TVÆRS Hanne Andersen bød velkommen.

Dialogmødet fandt sted i Handicaporganisationernes Hus og fra kl. 17-18 var der en rundvisning i huset for medlemmer af TVÆRS og RHR ved Jesper Boesen.

Deltagere i dialogmødet fra kl. 18.30-20.00

Fra TVÆRS deltog Hanne Andersen, Pia Illum, Per Seerup, Torben Kjær, Per Roswall, Erik Sejersten og Karsten Skawbo-Jensen.

Fra PIU deltog Kai Nørrung, Jette Bay, Annette Rolsting, Sine Lyons, Bente Clausen og Kirsten Elise Hove.

Fra RHR deltog Carsten Hussing, Susanne Tarp og Ole Erling Lærke.

Nedenfor fremgår hovedpointerne fra temadrøftelserne.

1. Erfaringer som brugerrepræsentant i regionen

RHR og PIU er ved at skulle afslutte deres arbejde, da et nyt PIU og et nyt RHR skal starte op primo 2018. Der var derfor lagt op til en dialog mellem brugerrepræsentanter og TVÆRS om gode og dårlige erfaringer, vigtige milepæle og succeser samt gode råd til det videre arbejde mellem politikere og brugerrepræsentanter.

PIU og RHR havde på forhånd modtaget følgende spørgsmål:

1. Hvilke erfaringer har PIU og RHR gjort sig som brugerrepræsentanter i regionen?

Punkt nr. 13 - Medlemsforslag fra Torben Kjær vedr. tilgængelighed

Bilag 1 - Side -2 af 4

2. Hvilke barrierer har I mødt, og hvilke resultater har I opnået?
3. Har I gode råd til, hvordan regionsrådspolitikerne fremover kan bruge PIU og RHR i deres arbejde?

TVÆRS havde på forhånd modtaget følgende spørgsmål:

1. Hvordan har I oplevet samarbejdet med PIU og RHR?
2. Hvilken betydning har de to udvalg/råd haft for jeres politiske arbejde?
3. Hvordan kan samarbejdet styrkes fremover?

Der var en fælles drøftelse, hvor følgende kommentarer og emner blev bragt op:

Arbejdet med brugerinddragelse er et arbejde for kulturændringer:

- PIU og RHR's rolle har blandt andet været at bidrage til en kulturændring i Region Hovedstaden ift. at tænke brugerinddragelse ind.
- Det har krævet en del kræfter at skulle retfærdiggøre sin eksistens i diverse sammenhænge.
- PIU/ RHR gør en forskel, men det er et langt sejt stræk at skabe en kulturændring i hele regionen mod mere brugerinddragelse.
- Patientinddragelse er med i det nationale kvalitetsprogram, og det er vigtigt at holde fast i målsætningen i regionens arbejde.

Samarbejdet mellem PIU og RHR og administrationen og politikere:

- Samarbejdet fungerer fint. Der bliver lyttet til RHR og PIU's input.
- RHR er velkommen til at invitere politikere med til deres møder.

Inddragelse skal ske tidligt i processen

- Visse elementer i de nye hospitalsbyggerier er et eksempel på, at hvis brugerinddragelsen sker for sent i processen, kan det være svært at indtænke brugernes behov.
- I forhold til implementering af sundhedsaftalen og udarbejdelse af praksisplaner har en tidlig inddragelse af PIU vist, at brugerrepræsentanterne kan få reel mulighed til at sætte sine aftryk – også før politikerne involveres.

Opfølgning på brugerrepræsentanternes arbejde:

- RHR og PIU har manglet tilbagemeldinger på, om og hvordan deres input i forbindelse med høringsvar er blevet brugt.
- Det er administrationen som skal sørge for, at der bliver fulgt op på PIU og RHR's arbejde.
- Der er en udfordring med at få spredt PIU og RHR's konklusioner bredere end til Regionsgården, så de også kan anvendes i resten af organisationen. Administrationen kan hjælpe med dette.

RHR og PIU's kapacitet er lille i forhold til opgaverne og regionens størrelse:

- RHR har oplevet selv at skulle undersøge, hvilke sager det er relevante for dem at engagere sig i.
- Det er en barriere for brugerinddragelsen, at arbejdet er meget omfangsrigt. Det betyder, at det er svært at sidde som brugerrepræsentant, hvis man arbejder samtidig, og det kræver, at der sættes ressourcer af til f.eks. transport.
- Administrationen kan understøtte arbejdet ved at lave et overblik over de emner, der arbejdes med i regionen.

2. Regionens arbejde med tilgængelighed

Med afsæt i tre oplæg (vedlagt) drøftedes regionens arbejde med tilgængelighed, for at give input til det videre arbejde med at sikre tilgængelighed i sundhedsvæsenet.

Der var et oplæg om bygningsreglementet og de forventede kommende ændringer heri ved Carsten Lykke Graversen, Trafik-, Bygge- og Boligstyrelsen. Herefter fortalte Mette Mylin, Enhedschef for Plan og Byg i Center for Ejendomme om, hvordan regionen arbejder på at sikre handicaptilgængelighed i de nye byggerier og i den eksisterende bygningsmasse.

Herefter var der et oplæg om, hvordan der arbejdes med handicaptilgængelighed i forhold til regionens borgerrettede it-systemer ved Christian Koerner, Center for IT, Medico og Telefoni og Christian Hult, Center for Kommunikation.

PIU, RHR og TVÆRS havde på forhånd modtaget følgende spørgsmål:

1. På hvilke områder er der behov for at arbejde på en mere lige adgang for personer med funktionsnedsættelse?
2. På hvilke områder mærkes, at der er sket et løft i forhold til tilgængeligheden?
3. Hvad kan brugerrepræsentanterne rolle være ift. at sikre bedre tilgængelighed?
4. På hvilken måde kan regionen bedst muligt understøtte, at der arbejdes med tilgængelighed i regionen?

Der var en fælles drøftelse hvor følgende kommentarer og emner blev bragt op:

Tilgængelighed i regionens IT og kommunikation:

- De politiske beslutninger skal kunne læse direkte på hjemmesiden, men skal også kunne printes. Dagsordener kan læses direkte på hjemmesiden, men bilagene er for store til, at det kan lade sig gøre.
- Tilgængelighed i IT handler også om sprog og design, herunder:
 - o Hvor mange klik skal man igennem for at komme hen til det, man skal bruge?
 - o Hvis der bruges grafik eller engelske ord, er det svært at læse med højtlesning eller talesyntese.

Punkt nr. 13 - Medlemsforslag fra Torben Kjær vedr. tilgængelighed

Bilag 1 - Side -4 af 4

- Højtælslæsningsfunktionen på hjemmesiden kan ikke bruges af blinde, da den kræver, at man kan finde knappen.
 - Videoer skal tekstes.
- Materialer fra administrationen skal være tilgængelige for blinde og svagt-seende. Baggrundsfarver og tabeller er fx svære at læse.
- Når man som patient får indkaldelse på e-boks, er der et kort, men det er ikke tilgængeligt, fordi skriften er for lille.
- For patienter handler tilgængelighed også om kommunikationen med lægen, at kunne se, hvad lægerne skriver, hvad der sker i laboratorier, hvor man selv er i forløbet osv.
- Delelementer i Sundhedsplatformen bliver testet i konsulentvirksomheden Sensus for, om de er tilgængelige for mennesker med funktionsnedsættelser.
- Tekst til tale på Min Sundhedsplatform kunne styrke tilgængeligheden. I app versionen forsøger CIMT at få det til at fungere med iPhone.

Tilgængelighed i regionens bygninger:

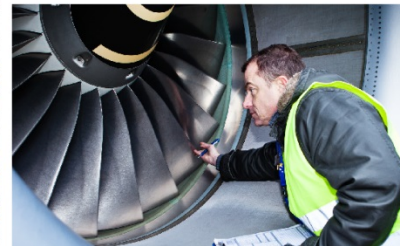
- RHR har mødtes med BørneRiget, som efterspørger erfaringer ift. tilgængelighed fra andre hospitalsbyggerier. Der er et forum for alle projektcheferne, hvor der koordineres mellem regionens nybyggerier samt hjemmesiden godt-syghusbyggeri.dk, som Danske Regioner har besluttet skal bruges til erfaringsudveksling.
- Selvom der bliver gjort meget i de nye byggerier og renoveringer, er der udfordringer, mens de store renoveringer er i gang, fordi det er svært at finde rundt.

Brugerinddragelse i regionens arbejde med tilgængelighed:

- PIU og RHR kan inddrages til at teste fx formen på indkaldelser af patienter inden de tages i brug.
- Det er regionen, som har ansvar for at inddrage den ekspertviden, der er nødvendig for at sikre tilgængelighed. Det er ikke fx RHR's ansvar.
- RHR's samarbejde med BørneRiget er et eksempel på inddragelse, der fungerer godt. De har selv taget initiativ til at afholde opfølgende møder. Det er vigtigt for inddragelsen, at det ikke er brugerrepræsentanterne selv, der skal tage det initiativ.

Man kan overveje, om det vil give tilgængelighedsdagsordenen et skub, at tænke det sammen med patientsikkerhed og arkitektur.

www.tbst.dk
15.
november
2017



Tilgængelighed og bygningsreglementet

Arkitekt Carsten Lykke Graversen

Center for byggeri.

Regulering af tilgængelighed i byggeriet

www.tbst.dk
15.
november
2017

Bygningsreglementet gælder for alt nyt byggeri, væsentlige ombygninger og væsentlige anvendelsesændringer.

B 1250.

- BESTEMMELSERNE I BR15

- Handicapegnede P-pladser.
- Niveaufri adgangsveje.
- Niveaufri adgang.
- Handicaptolletter.
- Elevatorer.
- Teleslynger.
- Kørestols publikumspladser.
- Skiltning.

Regulering af tilgængelighed i byggeriet

www.tbst.dk
15.
november
2017

BR18 er en tilpasning til den nye certificeringsordning. Bestemmelserne skal tilstræbe højere grad af dokumenterbarhed.

Træder efter planen i kraft den 1. januar 2018.

- **BYGNINGSREGLEMENT 1918**

- Reguleringsniveauet er principielt det samme.
- Ny struktur.
- Ny tilgang.
- Nye begreber.
- Formålsparagraffer som ledetråd.
- Brugerforståelsen i BR18 er ændret.

Regulering af tilgængelighed i byggeriet

www.tbst.dk
15.
november
2017

BR18 peger i retning af en anderledes måde at se på tilgængelighed, en måde der er en konsekvens af FN's handicapkonvention og som baserer sig på universelle designprincipper.

FREMTIDENS REGULERING

- Målet er udvikling i reguleringen, der er i trit med udviklingen i byggeriet generelt.
- Mere fleksible muligheder for bygherrerne og rådgiverne til at skabe løsninger, der baserer sig på det enkelte byggeri, og som samlet set kan sikre, at der tages udgangspunkt i de konkrete bygninger fremfor generelle løsninger.
- Samtidigt sikres det, at der åbnes for innovative og fremtidssikrede løsningsmuligheder. Herunder også løsninger baseret på nye teknologier.
- Mere funktionsbaseret tilgang.

Tilgængelighed i Region Hovedstadens sundhedsvæsen

Udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde,
Patientinddragelsesudvalget og
Regionshandicaprådet

Den 11. oktober 2017, kl. 19.15 – 19.55

Program

- Tilgængelighed og bygningsreglementet
 - v/ arkitekt Carsten Lykke Graversen, Trafik-, Bygge- og Boligstyrelsen
- Arbejde med tilgængelighed i Region Hovedstadens byggeprojekter
 - v/ Mette Mylin, Center for Ejendomme
- Drøftelse af tilgængelighed med henblik på at give input til regionens videre arbejde med at sikre tilgængelighed i sundhedsvæsenet

Tilgængelighed generelt

Region Hovedstadens nye byggeprojekter (nybyggeri og ombygning) overholder gældende Bygningsreglement og finder inspiration i særligt DS3028 Tilgængelighed for Alle (Dansk Standard) samt diverse relevante SBI anvisninger.

Kvalitetsfondsprojekterne

- Tilgængelighed indgår som en naturlig del af hospitalsbyggerierne i alle faser af byggeriet.
- Som udgangspunkt arbejdes med tilgængelighed på kvalitetsniveau A eller B.
- Projekterne er præsenteret for Handicaprådet, som havde lejlighed til at stille spørgsmål.
- Lokale handicaporganisationer bliver inddraget under planlægning af byggerierne.

Kvalitetsfondsprojekterne eks.

- **Det nye Rigshospital** har målsætning om at alle brugere uanset eventuelle funktionsnedsættelser skal have lige adgang. Der er niveaufri adgang til samtlige rum, alle døre kan betjenes med kørestol og bygningens struktur understøtter at det er nemt at finde rundt/selvforklarende.
- **Nyt Hospital Herlev og Nyt Hospital Hvidovre** har i konkurrenceprogrammet skrevet, at niveau A for tilgængelighed skal opfyldes som minimum, og det tilstræbes at følge Foreningen Tilgængelighed for Alle (godadgang.dk)
- **Nyt Retspsykiatri Sct. Hans** indrettes efter Dansk Center for Tilgængelighed og Sbi's bestemmelser, hvor der er fokus på at inddrage udearealer.
- **Nyt Hospital og Ny Psykiatri Bispebjerg** har til brug for projektet kortlagt ankomstforhold til alle hovedindgange med henblik på at forbedre forholdene.
- **Nyt Hospital Nordsjælland** har formuleret et bærende princip om et sikkert og imødekommende hospital med tryghedsskabende, tilgængelige og funktionelle fysiske rammer.
- **Nyt Hospital Glostrups** patienter stiller særlige krav til tilgængelighed og wayfinding, eksempelvis arbejdes der med hvordan lys og kontrastforhold kan lette orienteringen for synshæmmede og der arbejdes med farveskift i bygningen samt ekstra plads til kørestolsbrugere.

BørneRiget

- Ligeværdighed i tilgængelighed: BørneRiget skal kunne rumme alle og sikre, at alle har lige mulighed for at ankomme til og færdes og fungere frit og uhindret overalt i huset.
- Tilgængelighed bliver derfor *tænkt ind* i arkitektur og funktionalitet, i indretning og logistik samt i forbindelse med inventar og kommunikation.
- Ligeledes skal der være mulighed for, at personale med funktionsnedsættelser har mulighed for at udføre deres arbejde uden gener.
- Holdt flere (gode) møder med Regionshandicaprådet.
- Tilgængelighed er lagt ind som et DGNB fokuspunkt - universelt design.
- Tilgængelighed tænkes ind i sikkerhed – elevatorer etc. ved brand
- Tilgængelighedsstrategi er under udarbejdelse og projektet skal ved aflevering af projektforslag gennemgå en tilgængelighedsrevision ved en akkrediteret tilgængelighedsrevisor i forhold til bl.a. konventionskrav.



Masterplan for udearealer i Glostrup

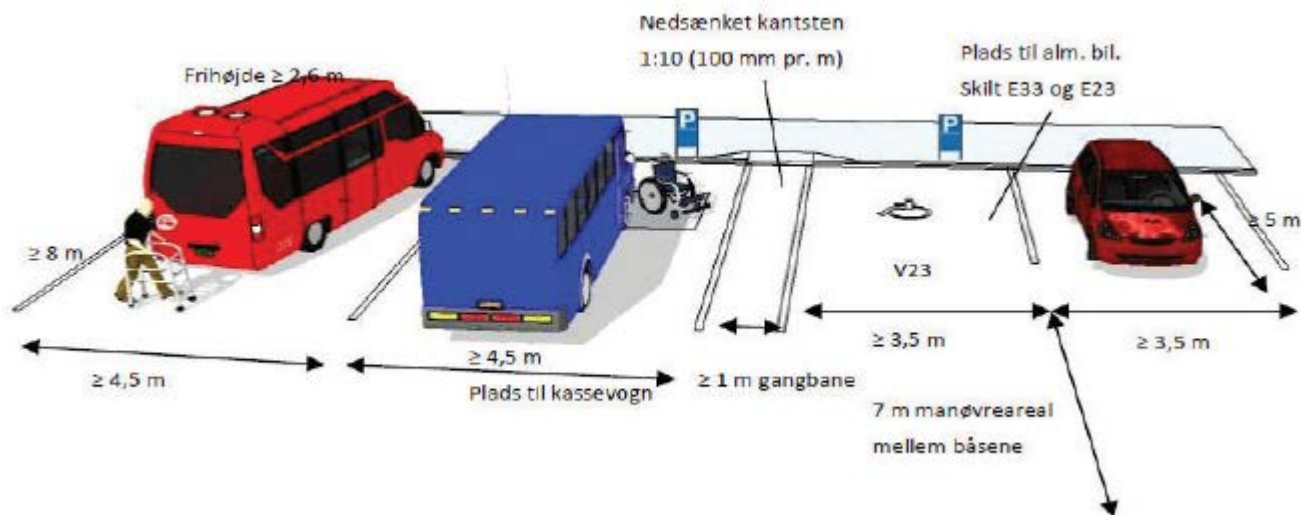
- Masterplanen er en heldhedsplan for hospitalets udearealer
- Angiver principper for udformning af arealerne, så der sikres en sammenhæng og rød tråd
 - Indretning af udearealerne – nødvendigt med en infrastruktur, der understøtter vejvisning til hospitalet og videre til indgangene
 - Udearealer skal også understøtte, tilgodese og indbyde til spontant ophold for de mange brugere, der dagligt færdes på området
- Bygger på tilgængelighed for alle
- Ventet og Velkommen - Patienten i fokus
- Håndbog for tilgængelighed er anvendt



Masterplan for udearealer i Glostrup

➤ Masterplanen definerer bl.a. principper i forhold til:

- Handicapparkering
 - Pladser til både store og små biler
 - Placering tæt på indgange
 - Ubesværet adgang fra bil til fortov (niveaufri/ramper)



Masterplan for udearealer i Glostrup

- Masterplanen definerer bl.a. principper i forhold til:
 - Materiale- og inventarelementer
 - Fortove udformes som udgangspunkt som "Københavnervortove" med ledelinje i chaussésten
 - Ved brug af andre typer ledelinjer, lægges der vægt på at de er i overensstemmelse med anbefalingerne i Håndbog i tilgængelighed og at de vælges i dialog med det lokale handicapudvalg
 - Bænke med armlæn
 - Beplantning
 - Ved valg af træer, buske mm tages der højde for pollenallergikere



Bispebjerg Hospital Hovedindgang til Lersø Komplekset

- Runddel
 - Niveaufri adgang
 - Fuldt åben indstilling
 - Handicaptryk
- Sideindgang
 - Niveaufri adgang
 - Handicapskiltning



Handicaptryk til brugere

- Handicaptryk indvendigt og udvendigt
 - Placeret i højre side
 - Kræver et let tryk
 - Ændrer hastighed til svagt gående og kørestolsbrugere
 - Justerer tilbage til normal hastighed efter to runder
- Skridsikre fliser klassifikation R9, der anbefales til sygehuse og indgangsrum



Drøftelse af tilgængelighed med henblik på at give input til regionens videre arbejde med at sikre tilgængelighed i sundhedsvæsenet

Tak for ordet



Tilgængelighed i Region Hovedstadens borgerrettede systemer

Oktober 2017

Oplæg for Regionshandicapråd, Patientinddragelsesudvalget og
Udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde

25% af brugerne er berørte på den ene eller anden måde

- 15%) mangler sanser eller motorik eller er læsesvage, ordblinde, blinde, svagsynede, hjerneskadede, eller kognitivt, sprogligt, læringsmæssigt, aldersmæssigt eller neurologisk udfordret
- 10%) Anvender kompensierende hjælpemidler, ingen mus, PDA, SmartPhone, ...

Brugere er forskellige

- Hvis man er blind, bruger man skærmlæser
- Hvis man ser dårligt, bruger man forstørrelse
- Hvis man har et motorisk handicap, kan man måske ikke anvende mus eller tastatur
- Folk, der har svært ved at læse, kan bruge markeringsværktøjer

Løsningerne skal være tilgængelige

- 38 krav: Web Content Accessibility Guidelines (WCAG)
 - Kodning og design af websystem
 - Webredaktørens anvendelse af websystemet
- Kravene er fastlagt i:
 - Digitaliseringsstyrelsens åbne standarder. Obligatorisk siden 2008.
 - FN's Handicapkonvention 2009
 - EU's Webtilgængelighedsdirektiv 2016 (skal implementeres i dansk lovgivning i 2020)
- Overholdelse er blandt regionens krav i kontrakter med leverandører
- Der følges løbende op på, om leverandører lever op til krav og der gennemføres løbende audits af brev-output

Regionens borgerrettede systemer

Den borgerrettede, digitale kommunikation sker i dag primært igennem tre kanaler:

1. Patientportalen MinSundhedsplatform
1. Regionens hjemmesider
2. Digital post

MinSundhedsplatform

- **Leverandører skal sikre overholdelse**
 - Epic er forpligtet til at overholde WCAG 2.0
 - Epic tester løbende selv overholdelsen i deres basis-version.
- **Løsningen har været gennemgået 2 omgange**
 - Eksterne eksperter fra Sensus har testet løsningen ift. WCAG
 - Fejl er blevet rettet i det omfang, som det har været teknisk muligt.
 - Der er stadig enkelte områder, hvor standarden ikke fuldt overholdes, primært pga. forhold, som skal rettes af leverandøren Epic.
- **Sundhedsplatformen opgraderes væsentligt i 2018**
 - Dette medfører en væsentlig ændring i opsætning og design, og forventes af ville imødekomme en række af de eksisterende fejl ift. tilgængelighed i MinSundhedsplatform
 - Derfor er der ikke iværksat nyudvikling, som erstattes med Epics leverance til 2018-versionen.

Hjemmeside 1/3: Vores websystem og kravene

Vi lever op til langt de fleste krav ift. kodning og design af websystem og det resterende arbejder vi på.

Lige nu har vi 6 rettelser på vej til websystemet:

- Oprydning i læserækkefølge ved navigation vha. tabulator-knap
- Oprydning i overskriftniveauer
- Optimering af gå-til-indhold-funktion til brugere af skærmlæsere
- Korrekt opmærkning af indhold i pop up-bokse
- Korrekt opmærkning af tekstelementer på forsider
- Mulighed for alternative tekster til billedelementer, der mangler dette

Hjemmeside 2/3: Webredaktørerne og tilgængelighed

- Regionen har formuleret og distribueret retningslinjer om, hvordan man som redaktør overholder kravene.
- Regionens webredaktører er uddannet i webkommunikation, herunder tilgængelighed.
- Cirka 800 uddannede webredaktører i regionen. Personlige fejl kan ikke undgås.

Hjemmeside 3/3: Udfordring med Pdf'er

- Mange gamle pdf'er af varierende tilgængelighed
- Mange ansatte, som arbejder i forskellige systemer, producerer dokumenter, som ender på en hjemmeside
- Korrekt opmærkning af pdf'er kræver specialviden

Digital post

- Digital post udsendes via forskellige systemer, der danner breve samt digitale indkaldelser og sammensætter dem med bilag.
- Regionen har foretaget undersøgelse af tilgængelighed på digitale indkaldelser med bilag, og ikke alle brevskabeloner er optimeret fuldt ud til tilgængelighed.
- Ud rapporterne er der fokus på at optimere de brevdannende systemer til at lave tilgængelige indkaldelser.
- For nogle systemers vedkommende arbejdes der på at forbedre tilgængeligheden, herunder i Sundhedsplatformen.

7. OPFØLGNING PÅ BUDGETAFTALEN FOR 2017

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Regionens budget for 2017 blev vedtaget af regionsrådet den 20. september 2016. Med henblik på at planlægge det politiske arbejde med implementering af budgettet, gives der her et overblik over de initiativer, som administrationen vil forelægge til politisk behandling samt, hvilke initiativer, der vurderes umiddelbart kan igangsættes på baggrund af den afsluttede politiske behandling af budgetaftalen.

Forretningsudvalget er ansvarlig for ansvarsfordelingen imellem de øvrige udvalg i regionen. Med denne sag tages der stilling til fordelingen af budgetinitiativerne for 2017 på baggrund af den nuværende opgavefordeling mellem udvalgene.

INDSTILLING

Administrationen indstiller over for forretningsudvalget:

- ▮ **at** orienteringen om opfølgning på budgetaftalen for 2017 tages til efterretning.

POLITISK BEHANDLING

Forretningsudvalgets beslutning den 4. oktober 2016:

Godkendt, idet der indarbejdes et punkt under forretningsudvalget om opfølgning på "tillidsdagsorden" samt under udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde, at arbejdet med medicinområdet udvides til andre områder, eksempelvis fysioterapi samt at det tidligere end 2. halvår drøftes med udvalget, hvordan processen tilrettelægges.

Anne Ehrenreich (V) og Henrik Thorup (O) deltog ikke i sagens behandling.

SAGSFREMSTILLING

Initiativer til politisk stillingtagen eller opfølgning

En række initiativer og afsatte midler i budgettet for 2017 kræver nærmere politisk stillingtagen inden implementering. De vil blive forelagt til behandling i de politiske udvalg, hvorunder ansvarområdet er placeret, med henblik på efterfølgende behandling i forretningsudvalget og regionsrådet. Af budgetaftalen for 2017 fremgår ligeledes nogle konkrete opfølgningsspørgsmål for udvalgene. Indeværende sag vil alene se på nye tiltag, der fremgår af budgetaftalen for 2017, og andre elementer såsom Sundhedsplatformen, hospitalsbyggerier mm. er derfor stadig en del af budgettet, men fremgår ikke i indeværende sag.

På baggrund af den planlægning, der kendes på nuværende tidspunkt, vil administrationen forelægge nedenstående sager til politisk behandling og opfølgning. Sager der forelægges til politisk behandling vil indgå som et politikformulerende element i udvalgene, hvor en endelig sag indstilles til regionsrådet, hvorimod sager til politisk opfølgning vil klargøre for administrationens arbejde i forhold til det enkelte initiativ, som en del af udvalgenes politikkontrollerende rolle. Hvor der i budgettet er afsat direkte midler vil dette være nævnt, og der er ligeledes en tidsangivelse, der viser hvornår det forventes, at udvalget vil få forelagt en sag første gang. Den videre behandling af sagen vil herefter tilrettelægges i udvalget.

Sundhedsudvalget (SUND):

Politisk behandling

- ▮ Medicin - med inddragelse af TVÆRS og PSU, forventes forelagt 2. kvartal 2017.
 - ▮ Medicinafhængighed
 - ▮ Etablering af center for udtrapning af unødvendig medicin
 - ▮ Temadag om udtrapning af medicin
- ▮ Mobil behandlingsplads; afsat 6,4 mio. kr. i 2017, forventes forelagt 1. kvartal 2017.

Punkt nr. 14 - Status på "bedre ressourceudnyttelse i praksissektoren"

Bilag 1 - Side -2 af 4

- Den patientansvarlige læge; forventes forelagt 1. kvartal 2017.
- Åbne ambulatorier, forventes forelagt 2. kvartal 2017.

Opfølgningspunkter

- Status for udbredelse af kemoterapi i hjemmet; forventes forelagt 2. kvartal 2017.
- Strukturelle tiltag for at øge udrednings- og behandlingskapaciteten, som skal indgå i det allerede igangsatte arbejde herom; forventes forelagt oktober 2016.
- Overbelægning på medicinske afdelinger; følges i den allerede vedtagne opfølgning på analysen vedr. medicinske senge; forelægges løbende.

Udvalget vedrørende tværsektorielt samarbejde (TVÆRS):

Politisk behandling

- Bedre ressourceudnyttelse på praksisområdet med fokus på medicinpraksis og heraf følgende besparelser; forventes forelagt 2. kvartal 2017.

Psykiatriudvalget (PSU):

Opfølgningspunkter

- Treårsplan for psykiatrien
 - Permanentgørelse af Gadeplansteam; afsat 6,7 mio. kr. i 2017-2020.
 - Recovery-skole permanentførelse og udbredelse; afsat 3 mio. kr. i 2017-2020.
 - 15 brugerstyrede senge og etablering syv nye åbne senge; afsat 15,7 mio. kr. i 2017.

It- og afbureaukratiseringsudvalget: (ITA)

Politisk behandling

- Udbygning af It-netværk; afsat 20 mio. kr. i 2017; forventes forelagt 1. kvartal 2017.

Opfølgningspunkter

- Udbredelse af ambitioner for afbureaukratiseringsprojekter; forventes forelagt 1. kvartal 2017.

Erhvervs- og vækstudvalget (EVU):

Politisk behandling

- Stærkere innovation - med inddragelse af SUND; forventes forelagt 1. kvartal 2017.

Miljø- og trafikudvalget (MTU):

Politisk behandling

- Analyse af Movias forvaltning af busdriften; afsat 2 mio. kr. i 2017, forventes forelagt ultimo 2016.
- Trafikseminar om håndteringen af de fremadrettede stigende udgifter til kollektiv transport med henblik på at udarbejde flerårige planer for hele den kollektive trafik; forventes forelagt 1. kvartal 2017.
- Undersøgelse af muligheder for ny buslinje mellem Amager og Hvidovre Hospital, herunder finansieringssamarbejde med berørte kommuner; forventes forelagt 2. kvartal 2017.

Forretningsudvalget (FU):

Politisk behandling

- Ressourcepolitikken
 - Innovative og bæredygtige indkøb; forventes forelagt 1. halvår 2017.
 - Offentligt-Privat Innovationssamarbejde (OPI) på det medicotekniske område med internationalt perspektiv; forventes forelagt 1. halvår 2017.

Punkt nr. 14 - Status på "bedre ressourceudnyttelse i praksissektoren"

Bilag 1 - Side -3 af 4

- Center for Ejendomme
 - Renoveringsprojekter; afsat 73,1 mio. kr., forventes forelagt 2. kvartal.
- Rigshospitalets hjertecenter - med inddragelse af SUND og ITA; forventes forelagt ultimo 2016.

Opfølgningspunkter

- Økologisk og sund mad til patienter med fokus på sølvmærkeordningen, herunder kompetenceudvikling af personale; afsat 2,8 mio. kr. i 2017 og 2018, forventes forelagt 1. kvartal 2017.
- Indarbejdelse af arbejdsmiljø i driftsmålsstyringen; forventes forelagt ultimo 2016.
- Ny styringsmodel for hospitalerne i 2018 med fokus på sammenhæng og kvalitet; forventes forelagt 1. halvår 2017.
- Aktivitets- og kapacitetsfremskrivning pr hospital indenfor hvert speciale i et perspektiv frem mod 2025; forventes forelagt 2. kvartal 2017.

Initiativer til igangsætning uden yderligere politisk behandling

Budgetaftalen indholder derudover en række initiativer, som kan implemeteres umiddelbart på baggrund af aftaleteksten, de konkrete budgetindspil fra udvalgene eller som en videreførelse af kendte initiativer.

- Specialiseret palliativ rådgivningsfunktion; afsat 0,8 mio. kr. i 2017-2020, igangsættes 1. kvartal 2017.
- Akutbil Bornholm; afsat 1,6 mio. kr. i 2017, igangsættes 1. kvartal 2017.
- Patientvenlige skilte; afsat 5 mio. kr. i 2017, igangsættes 1. kvartal 2017.
- Etablering af høringsportal på regionh.dk; igangsættes 1. kvartal 2017.
- Reduktion af medicinske senge; afsat 5 mio. kr. i 2017-2020, igangsættes 1. kvartal 2017.
- Åbningstiden på akutklinikken Frederiksberg ændres til at have åbent kl. 9-21; igangsættes 1. kvartal 2017.
- Åbningstiden på Sundhedshus Helsingør ændres til at have åbent kl. 9-21; igangsættes 1. kvartal 2017.
- Systematisk opfølgning på uddannelsesklausurer; afsat 0,4 mio. kr. i 2017 og 2018, igangsættes 1. kvartal 2017.
- Analyse af mulighed for systematisk sikring af efteruddannelse af læger; igangsættes 1. kvartal 2017.
- Analyse af mulighed for større elevoptag i regionen; igangsættes 1. kvartal 2017.
- Centralisering af administrative opgaver; igangsættes 1. kvartal 2017.
- Investeringer i apparaturer; afsat 40 mio. kr., forventes forelagt 1. kvartal 2017.

Proces for Budget 2018

Der er i budgetaftalen for 2017 også taget initiativ til en række tiltag, som har indvirkning på rammerne for Budget 2018. Forretningsudvalget vil i primo 2017 få forelagt en sag om den kommende budgetproces, hvor også disse tiltag vil indgå. Herudover vil en række af initiativerne indgå i det første budgetseminar i foråret 2017.

- Transportanalyse af intern logistik, herunder både varer, prøver og patienttransport.
- Ressourcestyring og arbejdstilrettelæggelse.
- Analyse af diagnostiske specialer.

KONSEKVENSER

Forretningsudvalget er ansvarlig for ansvarsfordelingen imellem de øvrige udvalg i regionen og ovenstående budgetinitiativer vil blive fordelt til de respektive udvalg. Dette skal sikre budgetimplementeringen af budget 2017 samt udvalgenes politikformulerende og politikkontrollerende rolle baseret på den nuværende opgavefordeling mellem udvalgene.

RISIKOVURDERING

Administrationen vurderer, at tidsangivelsen for ovenstående initiativer vil være gældende, men der kan eventuelt opstå mindre afvigelser herfra som følge af andre elementer, fx finanslov eller lignende,

Punkt nr. 14 - Status på "bedre ressourceudnyttelse i praksissektoren"
Bilag 1 - Side -4 af 4

der influere den konkrete forlæggelse af det enkelte initiativ. I sådanne tilfælde vil administrationen redegøre herfor i den konkrete forelæggelse.

BEVILLINGSTEKNISKE KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen har ikke i sig selv bevillingstekniske konsekvenser.

KOMMUNIKATION

Ingen særskilt kommunikationsindsats planlagt.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Sagen forelægges forretningsudvalget den 4. oktober 2016.

DIREKTØRPÅTEGNING

Hjalte Aaberg / Jens Gordon Clausen

JOURNALNUMMER

16001238

UDVALGET VEDR. TVÆRSEKTORIET SAMARBEJDE

MØDETIDSPUNKT

23-05-2017 16:15

MØDESTED

Regionsgården mødelokale H7 og H8

MEDLEMMER

Pia Illum	Deltog
Hanne Andersen	Deltog
Bodil Kornbek	Deltog
Per Seerup Knudsen	Deltog
Morten Dreyer	Deltog
Karsten Skawbo-Jensen	Deltog
Per Roswall	Deltog Deltog ikke i punkterne 5-13.
Erik Sejersten	Deltog
Torben Kjær	Deltog

INDHOLDSLISTE

1. Beslutningssag: Bedre ressourceudnyttelse på praksisområdet

1. BESLUTNINGSSAG: BEDRE RESSOURCEUDNYTTELSE PÅ PRAKSISOMRÅDET

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Forretningsudvalget besluttede på møde den 4. oktober 2016 at tildele ansvaret for behandling af initiativet "Bedre ressourceudnyttelse på praksisområdet med fokus på medicinpraksis og heraf følgende besparelser" til udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde med henblik på efterfølgende behandling i forretningsudvalget og regionsrådet.

Udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde besluttede på mødet den 22. november 2016 at godkende procesplanen for "Bedre ressourceudnyttelse på praksisområdet". På møde den 7. februar 2017 drøftede udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde udkastet til projektkataloget.

På herværende møde forelægges udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde for administrationens endelige forslag til besparelsesindsatser med henblik på efterfølgende behandling i forretningsudvalget den 6. juni og i regionsrådet den 13. juni 2017.

INDSTILLING

Administrationen indstiller, at udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde overfor forretningsudvalget og regionsrådet anbefaler:

- **at** katalog med projektforslag godkendes som grundlag for, at administrationen iværksætter initiativer, der skal realisere besparelser på ca. 30 mio. kr. i 2018 (bilag 1).

POLITISK BEHANDLING

Udvalgets beslutning:

Anbefalet, idet udvalget bemærker:

1. at budgetforslag nr. 3 om forsøg med "ingen lægehenviisning" til fysioterapeut og budgetforslag nr. 4 om fremmedsprogstolkning i praksissektoren i sag nr. 5 er indeholdt i initiativerne, der indgår i sagen med forslag til bedre ressourceudnyttelse på praksisområdet, og
2. at udvalget ønsker et kvalitetsløft på fodterapiområdet inden for overenskomstens rammer, som det er aftalt i telesårprojektet i Region Hovedstaden i regi af praksisplanen for fodterapi.

Udvalget tilkendegav under drøftelsen, at der i arbejdet med projekt 8 om analyse af medicinområdet også ønskes fokus på ophør af medicin, hvilket bør indtænkes, når det videre forløb beskrives.

Udvalget har ikke taget stilling til, om de i sagen beskrevne besparelser kan opnås, idet analyserne ikke er foretaget. Resultaterne af analyserne i projektkataloget er derfor aftalt forelagt udvalget, når de foreligger.

Herudover blev der spurgt afklarende ind til flere beskrevne projekter. Der blev således redegjort for, at besparelsen på høreapparatområdet på Bornholm er relateret til en aftale med Bornholms Regionskommune, der medfører en samlet besparelse for regionen. Endvidere blev redegjort for, at de tre nævnte speciallægepraksis ikke vedrører Bornholm, samt at formålet med etablering af direkte adgang til udvalgte specialer indenfor for speciallægehjælp er tænkt som henvisning fra hospitaler eller mellem speciallægepraksis, således at der etableres et sammenhængende patientforløb.

SAGSFREMSTILLING

Der er i Budgetaftalen for 2017 fokus på besparelser i praksissektoren, og i henhold til budgetaftalen skal der findes besparelser på 30 mio. kr. i 2018.

I Budgetaftalen 2017 står det beskrevet, at regionen inviterer de praktiserende læger, speciallæger m.fl. til dialog for i fællesskab at identificere muligheder for, hvordan ressourcerne bedre kan udnyttes, samt hvordan der kan opnås mere hensigtsmæssige patientforløb i praksissektoren. Administrationen har på denne baggrund inviteret de faglige medlemmer af samarbejdsudvalgene fra samtlige ydergrupper til

Punkt nr. 14 - Status på "bedre ressourceudnyttelse i praksissektoren"

Bilag 2 - Side -4 af 7

dialogmøde. Der har været afholdt dialogmøde med samarbejdsudvalget vedr. almen praksis, speciallægehjælp, kiropraktik, tandlægehjælp samt fysioterapi. De faglige medlemmer af samarbejdsudvalget vedr. psykologhjælp har takket nej til invitationen. De faglige medlemmer af samarbejdsudvalget vedr. fodterapi har ikke haft mulighed for at prioritere et dialogmøde, hvorfor de i stedet har fremsendt et skriftligt forslag til besparelser.

Administrationen har afholdt opfølgende dialogmøder med samarbejdsudvalgene vedr. almen praksis, speciallægehjælp samt fysioterapi. Opfølgning på indledende dialogmøder har foregået skriftligt med samarbejdsudvalgene vedr. kiropraktik samt tandlægehjælp. På både opfølgende dialogmøder og den skriftlige dialog har de faglige medlemmer af samarbejdsudvalgene og administrationen kvalificeret de projektforslag, der fremkom på det indledende møde samt aftalt modeller for, hvordan de konkrete initiativer gribes an.

På baggrund af ovenstående input tegner der sig et billede af et besparelspotentiale på især tandlæge-, speciallæge- samt fysioterapiområdet. Derudover vil fokus hovedsageligt ligge på øvrige praksisrelaterede udgifter, eksempelvis laboratorieområdet og ernæringspræparater.

En oversigt over projektidéer ses nedenfor. Det samlede projektkatalog fremgår af bilag 1.

Projekt 1. Økonomisk potentiale ved etablering af direkte adgang til fysioterapi uden henvisning

Projektet skal undersøge, om det vil være omkostningseffektivt at etablere direkte adgang til fysioterapi samtidigt med, at patientforløbet optimeres, idet der sker en simplificering af henvisningspraksis.

Besparelspotentiale: 0-3 mio. kr.

Projekt 2: Besparelser på fysioterapiområdet

Projektet består af tre delprojekter med fokus på

- a) Brugen af vikarer
- b) Brugen af hjælpepersonale
- c) Indsats overfor fysioterapeuter med markant udvikling i omsætningen.

På baggrund af tidligere controllerindsatser vurderes det, at der er fysioterapeuter, der ikke anvender overenskomsten korrekt i forhold til ovennævnte punkter og derved udvider kapaciteten uden hjemmel i overenskomsten.

Besparelspotentiale: 4 mio. kr.

Projekt 3: Besparelser på tandlægeområdet

Projektet skal undersøge tandlægenes ydelsesmønster og patienternes indplacering i farvekategorierne grøn, gul og rød for derved at skabe viden om, hvordan regionen kan reducere udgifterne ved en målrettet indsats. Projektet skal derudover understøtte overenskomstforhandlingerne på tandlægeområdet.

Besparelspotentiale: Et endeligt besparelspotentiale kan først estimeres, når de nye overenskomstforhandlingerne er faldet på plads, og regionen får kendskab til aftalen om økonomiprotokollatet i den nye overenskomst. Besparelspotentialet i forbindelse med øvrige indsatser på tandlægeområdet vurderes til at være **0,5 mio. kr.**

Projekt 4: Økonomisk potentiale ved etablering af direkte adgang til udvalgte specialer inden for speciallægehjælp

Projektet skal undersøge, om der er andre specialer end ørelægehjælp og øjenlægehjælp, hvor det vil være hensigtsmæssigt at etablere direkte adgang samtidigt med, at patientforløbet optimeres, idet der sker en simplificering af henvisningspraksis.

Besparelspotentiale: 0-3 mio. kr.

Projekt 5: Analyse af kapacitet og ressourceudnyttelse i speciallægepraksis

Punkt nr. 14 - Status på "bedre ressourceudnyttelse i praksissektoren"

Bilag 2 - Side -5 af 7

Projektet skal undersøge, om kapaciteten på speciallægeområdet er hensigtsmæssigt dimensioneret, og om kapaciteten udnyttes optimalt.

Besparelsespotentiale: Perspektivet i forhold til dette projekt er mere langsigtet. Skal speciallægekapa- citeten reduceres, medfører det på kort sigt en udgift for regionen i forbindelse med opkøb af praksis. Det langsigtede besparelsespotentiale estimeres til at være **0-5 mio. kr.**

Projekt 6: Ændret praksis for udlevering og ordination af ernæringspræparater

Region Hovedstaden har i de seneste år oplevet en stor stigning i udgifterne til ernæringspræparater. Projektet skal belyse nuværende praksis og lovgivning for udlevering og ordination af ernæringspræparater med henblik på at identificere indsatser, som kan reducere Region Hovedstadens udgifter på området.

Besparelsespotentiale: 4 mio. kr.

Projekt 7: Rekvisitioner i speciallægepraksis

Overenskomst vedr. speciallægehjælp specificerer, hvilke typer af medikamenter speciallæger kan rekvirere til brug i deres praksis. Hidtidigt har regionen betalt for medikamenter, der ikke direkte er nævnt i overenskomsten. Dette projekt vil forsøge at sikre gennemsigtighed i forhold til hvilke medikamenter, der kan rekvireres af speciallægepraksis, så medikamenter der ikke er nævnt i overenskomsten, ikke vil blive honoreret af regionen.

Besparelsespotentiale: 1 mio. kr.

Projekt 8: Analyse af medicinområdet

Der er i Region Hovedstaden politisk fokus på at udnytte det store besparelsespotentiale, der findes på lægemiddelområdet i praksissektoren. Organiseringen i praksissektoren rummer dog udfordringer i forhold til regionernes muligheder for at påvirke udgifterne. Der vurderes behov for yderligere analyse af mulighederne for at påvirke praksissektoren til en mere rationel ordinationsadfærd, herunder overenskomstændringer med henblik på at afprøve nye incitamentsstrukturer.

Besparelsespotentiale: Endnu ikke estimeret.

Projekt 9: Indsatser på laboratorieområdet

Projektet består af tre delprojekter med fokus på:

- a) Reduktion af udgifter til utensilier til blodprøvetagning i almen praksis og speciallægepraksis.
- b) Reduktion i udgiftsvækst i forhold til den patologiske og mikrobiologiske diagnostik.
- c) Reduktion af udgifter til licenser til webreq.

Besparelsespotentiale: 9 mio. kr.

Projekt 10: Effektivisering af praksiskonsulentordninger

Projektet skal undersøge, om praksiskonsulentordningerne kan effektiviseres og optimeres, uden det påvirker kvalitetsudviklingen på praksisområderne.

Besparelsespotentiale: 0,5-1 mio. kr.

Ovennævnte projekter vurderes samlet set til at realisere besparelser på **minimum 19 mio. kr.**

Øvrige mindre indsatser til udredning

Ud over større indsatser, som er indskrevet i projektform, er der på baggrund af dialogmøderne også fremkommet foreslag til følgende mindre indsatser.

- ▮ Blodprøvetagning i speciallægepraksis i stedet for henvisning til almen praksis herom.
- ▮ Afdækning af brugen af personale (assisterende speciallæger, vikarer og andet hjælpepersonale) i speciallægepraksis.
- ▮ Operationer, der ligger i en gråzone i forhold til, om de er kosmetiske.
- ▮ Regional vejledning om kriterier for henvisning til almen fysioterapi.

Punkt nr. 14 - Status på "bedre ressourceudnyttelse i praksissektoren"

Bilag 2 - Side -6 af 7

- ┆ Udgiftsreduktion i forbindelse med udbud på henvisningshotellet.
- ┆ Udredning om, hvorvidt der bliver udført dublerende EKG'er på patienter med kronisk sygdom, hvor patienter tilses både i almen praksis og hospitalsambulatorium.
- ┆ Ændring af apotekeraftalen.
- ┆ Omsætningskontrol på psykologområdet.

Hvad angår mindre indsatser, vurderes indsatsen vedr. brugen af personale i speciallægepraksis og omsætningskontrol på psykologområdet at have det største besparelspotentiale. Det samlede besparelspotentiale for øvrige indsatser vurderes til at være i alt **5,5 mio. kr.**

Allerede igangsatte initiativer

Af bilag 2 fremgår en oversigt over initiativer, som administrationen allerede har igangsat eller afsluttet. Initiativerne er afsluttet efter en foranalyse, der har vist, at der ikke var et besparelspotentiale. Allerede igangsatte initiativer indebærer blandt andet ændring af høreapparataftalen på Bornholm, samt at tre kapaciteter på speciallægeområdet (2 fuldtidskapaciteter samt en overlægepraksis) ikke genopslås, hvilket i alt forventes at realisere en besparelse på **knap 6 mio. kr.**

Udviklingsprojekter

Administrationen arbejder derudover videre med udviklingsprojekter, der forventeligt ikke vil kunne bidrage til besparelser i 2018, men som vil kunne mindske udgifterne til praksissektoren på længere sigt. Det drejer sig om:

- ┆ Videotolkning i praksissektoren. Administrationen er ved at undersøge muligheden for at implementere en ny og webbaseret videoløsning, der kan køre direkte via lægens egen pc og ikke kræver installation af udstyr eller licenser. Løsningen minder om en skype-løsning, hvor to brugere får kontakt via en browser. Løsningsmodellen har en meget lav omkostning pr. bruger. Løsningsmodellen er dog stadig under afklaring og afventer en sikkerhedsgodkendelse. Administrationen vurderer dog, at løsningen bliver tilgængelig inden for den nærmeste fremtid.
- ┆ Sundhedsforsikrings indflydelse på behandlingsniveau i kiropraktorpraksis, fysioterapipraksis samt psykologpraksis.

Samlet besparelspotentiale

Af nedenstående tabel fremgår en samlet oversigt over besparelspotentialet for initiativerne under "bedre ressourceudnyttelse i praksisområdet".

Initiativ	Estimeret besparelspotentiale
10 projekter	19 mio. kr.
Mindre indsatser	5,5 mio. kr.
Allerede igangsatte initiativer	5,8 mio. kr.
Total	30,3 mio. kr.

Allerede igangsatte initiativer forventes således at bidrage med en besparelse på knap 6 mio. kr, de ti større projekter vurderes til at bidrage med en besparelse på minimum 19 mio kr., mens øvrige, mindre indsatser forventes at realisere en besparelse på 5,5 mio kr. Samlet set vurderer administrationen, at der kan opnås besparelser på ca. 30 mio. kr. i 2018.

KONSEKVENSER

Såfremt regionsrådet godkender indstillingen, vil administrationen iværksætte initiativer, som samlet set vurderes at medføre besparelser på ca. 30. mio. kr., som beskrevet i projektkataloget.

RISIKOVURDERING

Administrationen har haft fokus på initiativer, der ikke vil påvirke den patientoplevede kvalitet. Tværtimod indeholder en del projekter og mindre indsatser et ønske om forenklet patientforløb med færre kontakter. Dette gælder blandt andet projekterne vedrørende etablering af direkte adgang til fysioterapi og speciallægehjælp. Gennemførelsen af nogle af projekterne kan dog få indflydelse på

Punkt nr. 14 - Status på "bedre ressourceudnyttelse i praksissektoren"

Bilag 2 - Side -7 af 7

ventetiden for patienterne eksempelvis i forbindelse med optimering af kapaciteten i speciallægepraksis.

Administrationen forventer at opnå en besparelse på minimum 30 mio. kr. i 2018, men besparelspotentialer er estimeret på baggrund af indledende analyser på de pågældende områder. For nogle af projekterne kan det ske, at besparelspotentialer ikke kan realiseres grundet eksempelvis lovgivning på området. Dette gælder blandt andet for projekterne vedrørende etablering af direkte adgang (bortfald af henvisningskrav), hvor det gælder, at Sundhedslovens bestemmelser om henvisning skal ændres, førend disse projekter succesfuldt kan gennemføres. Der er således en risiko for, at disse projekter ikke kan gennemføres.

BEVILLINGSTEKNISKE KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen vil betyde, at administrationen iværksætter initiativer, som samlet set vurderes at medføre besparelser på ca. 30 mio. kr. i 2018. På baggrund af projekterne skal budgettet for praksisområdet korrigeres med 30 mio. kr. i 2018, jf. budgetaftale 2017.

KOMMUNIKATION

Det foreslås, at der forberedes en kommunikationsindsats rettet mod ydergrupperne, når projektkataloget er godkendt af regionsrådet.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Sagen forelægges forretningsudvalget den 6. juni 2017 og regionsrådet den 13. juni 2017.

DIREKTØRPÅTEGNING

Hjalte Aaberg / Svend Hartling

JOURNALNUMMER

16042833

BILAGSFORTEGNELSE

- 1. Udkast til projektkatalog
- 2. Oversigt over igangværende initiativer til TVÆRS
- 3. FU protokol, budgetsag
- 4. TVÆRS protokol, proces sag
- 5. TVÆRS procesplan

REGIONSRÅDSMØDE

MØDETIDSPUNKT

13-06-2017 17:00

MØDESTED

REGIONSRÅDSSALEN

MEDLEMMER

Punkt nr. 14 - Status på "bedre ressourceudnyttelse i praksissektoren"

Bilag 3 - Side -2 af 8

Sophie Hæstorp Andersen Leila Lindén	
Özkan Kocak	Fraværende ved sag 28-30 og tillægsdagsorden
Flemming Pless	
Erik R. Gregersen	Afbud Stedfortræder Carsten Holt
Hanne Andersen	Fraværende ved sag 8
Per Seerup Knudsen	
Susanne Due Kristensen	
Lars Gaardhøj	
Marianne Stendell	
Bodil Kornbek	
Pia Illum	
Vagn Majland	Fraværende ved sag 21 og 22
Charlotte Fischer	
Karin Friis Bach	Afbud Stedfortræder Godwin Lartey Lawson
Abbas Razvi	Fraværende ved sag 25-30 og tillægsdagsorden
Per Tærsebøl	
Hans Toft	Afbud Stedfortræder Helene Frausing
Karsten Skawbo-Jensen	Fraværende ved sag 11
Lene Kaspersen	Afbud Stedfortræder Christoffer Reinhardt
Erik Lund	Fraværende ved sag 28-30 og tillægsdagsorden
Lise Müller	Fraværende ved sag 6-30 og tillægsdagsorden
Jens Mandrup	
Niels Høiby	Fraværende ved sag 30 og tillægsdagsorden
Henrik Thorup	Fraværende ved sag 12 og 13
Katrine Vendelbo Dencker	Afbud Stedfortræder Rita Rahbek
Morten Dreyer	Fraværende ved sag 14 og 15
Ole S. Nielsen	
Martin Geertsen	Fraværende ved sag 11-30 og tillægsdagsorden
Bergur Løkke Rasmussen	
Carsten Scheibye	Fraværende ved sag 18-20
Randi Mondorf	Fraværende ved sag 11, 28,29
Anne Ehrenreich	
Ole Stark	
Per Roswall	
Erik Sejersten	
Susanne Langer	Fraværende ved sag 12-30 og tillægsdagsorden
Torben Kjær	
Annie Hagel	
Tormod Olsen	Fraværende ved sag 12-30 og tillægsdagsorden
Marianne Frederik	

INDHOLDSLISTE

21. Bedre ressourceudnyttelse på praksisområdet

21. BEDRE RESSOURCEUDNYTTELSE PÅ PRAKSISOMRÅDET

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Forretningsudvalget besluttede på møde den 4. oktober 2016 at tildele ansvaret for behandling af initiativet "Bedre ressourceudnyttelse på praksisområdet med fokus på medicinpraksis og heraf følgende besparelser" til udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde med henblik på efterfølgende behandling i forretningsudvalget og regionsrådet.

Udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde besluttede på mødet den 22. november 2016 at godkende procesplanen for "Bedre ressourceudnyttelse på praksisområdet". På møde den 7. februar 2017 drøftede udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde udkastet til projektkataloget.

På herværende møde forelægges udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde for administrationens endelige forslag til besparelsesindsatser med henblik på efterfølgende behandling i forretningsudvalget den 6. juni og i regionsrådet den 13. juni 2017.

INDSTILLING

Forretningsudvalget anbefaler over for regionsrådet:

- **at** katalog med projektforslag godkendes som grundlag for, at administrationen iværksætter initiativer, der skal realisere besparelser på ca. 30 mio. kr. i 2018 (bilag 1).

POLITISK BEHANDLING

Udvalget vedr. tværsektorielt samarbejdes beslutning den 23. maj 2017:

Anbefalet, idet udvalget bemærker:

1. at budgetforslag nr. 3 om forsøg med "ingen lægehenviisning" til fysioterapeut og budgetforslag nr. 4 om fremmedsprogstolkning i praksissektoren i sag om forslag vedrørende budget 2018 er indeholdt i initiativerne, der indgår i sagen med forslag til bedre ressourceudnyttelse på praksisområdet, og
2. at udvalget ønsker et kvalitetsløft på fodterapiområdet inden for overenskomstens rammer, som det er aftalt i telesårprojektet i Region Hovedstaden i regi af praksisplanen for fodterapi.

Udvalget tilkendegav under drøftelsen, at der i arbejdet med projekt 8 om analyse af medicinområdet også ønskes fokus på ophør af medicin, hvilket bør indtænkes, når det videre forløb beskrives. Udvalget har ikke taget stilling til, om de i sagen beskrevne besparelser kan opnås, idet analyserne ikke er foretaget. Resultaterne af analyserne i projektkataloget er derfor aftalt forelagt udvalget, når de foreligger. Herudover blev der spurgt afklarende ind til flere beskrevne projekter. Der blev således redegjort for, at besparelsen på høreapparatområdet på Bornholm er relateret til en aftale med Bornholms Regionskommune, der medfører en samlet besparelse for regionen. Endvidere blev redegjort for, at de tre nævnte speciallægepraksis ikke vedrører Bornholm, samt at formålet med etablering af direkte adgang til udvalgte specialer indenfor for speciallægehjælp er tænkt som henvisning fra hospitaler eller mellem speciallægepraksis, således at der etableres et sammenhængende patientforløb.

Forretningsudvalgets beslutning den 6. juni 2017:

Anbefalet.

Regionsrådets beslutning den 13. juni 2017:

Godkendt.

Erik R. Gregersen (A), Vagn Majland (A), Karin Friis Bach (B), Hans Toft (C), Lene Kaspersen (C), Lise Müller (F), Katrine Vendelbo Dencker (O), Martin Geertsen (V), Susanne Langer (Ø) og Tormod Olsen (Ø) deltog ikke i sagens behandling.

Som stedfortrædere deltog Carsten Holt (A), Godwin Lartey Lawson (B), Helene Frausing (C),

Punkt nr. 14 - Status på "bedre ressourceudnyttelse i praksissektoren"

Bilag 3 - Side -5 af 8

Christoffer Buster Reinhardt (C) og Rita Rahbek Russell (O).

SAGSFREMSTILLING

Der er i Budgetaftalen for 2017 fokus på besparelser i praksissektoren, og i henhold til budgetaftalen skal der findes besparelser på 30 mio. kr. i 2018.

I Budgetaftalen 2017 står det beskrevet, at regionen inviterer de praktiserende læger, speciallæger m.fl. til dialog for i fællesskab at identificere muligheder for, hvordan ressourcerne bedre kan udnyttes, samt hvordan der kan opnås mere hensigtsmæssige patientforløb i praksissektoren. Administrationen har på denne baggrund inviteret de faglige medlemmer af samarbejdsudvalgene fra samtlige ydergrupper til dialogmøde. Der har været afholdt dialogmøde med samarbejdsudvalget vedr. almen praksis, speciallægehjælp, kiropaktik, tandlægehjælp samt fysioterapi. De faglige medlemmer af samarbejdsudvalget vedr. psykologhjælp har takket nej til invitationen. De faglige medlemmer af samarbejdsudvalget vedr. fodterapi har ikke haft mulighed for at prioritere et dialogmøde, hvorfor de i stedet har fremsendt et skriftligt forslag til besparelser.

Administrationen har afholdt opfølgende dialogmøder med samarbejdsudvalgene vedr. almen praksis, speciallægehjælp samt fysioterapi. Opfølgning på indledende dialogmøder har foregået skriftligt med samarbejdsudvalgene vedr. kiropaktik samt tandlægehjælp. På både opfølgende dialogmøder og den skriftlige dialog har de faglige medlemmer af samarbejdsudvalgene og administrationen kvalificeret de projektforslag, der fremkom på det indledende møde samt aftalt modeller for, hvordan de konkrete initiativer gribes an.

På baggrund af ovenstående input tegner der sig et billede af et besparelspotentiale på især tandlæge-, speciallæge- samt fysioterapiområdet. Derudover vil fokus hovedsageligt ligge på øvrige praksisrelaterede udgifter, eksempelvis laboratorieområdet og ernæringspræparater.

En oversigt over projektidéer ses nedenfor. Det samlede projektkatalog fremgår af bilag 1.

Projekt 1. Økonomisk potentiale ved etablering af direkte adgang til fysioterapi uden henvisning

Projektet skal undersøge, om det vil være omkostningseffektivt at etablere direkte adgang til fysioterapi samtidigt med, at patientforløbet optimeres, idet der sker en simplificering af henvisningspraksis.

Besparelspotentiale: 0-3 mio. kr.

Projekt 2: Besparelser på fysioterapiområdet

Projektet består af tre delprojekter med fokus på

- a) Brugen af vikarer
- b) Brugen af hjælpepersonale
- c) Indsats overfor fysioterapeuter med markant udvikling i omsætningen.

På baggrund af tidligere controllerindsatser vurderes det, at der er fysioterapeuter, der ikke anvender overenskomsten korrekt i forhold til ovennævnte punkter og derved udvider kapaciteten uden hjemmel i overenskomsten.

Besparelspotentiale: 4 mio. kr.

Projekt 3: Besparelser på tandlægeområdet

Projektet skal undersøge tandlægenes ydelsesmønster og patienternes indplacering i farvekategorierne grøn, gul og rød for derved at skabe viden om, hvordan regionen kan reducere udgifterne ved en målrettet indsats. Projektet skal derudover understøtte overenskomstforhandlingerne på tandlægeområdet.

Besparelspotentiale: Et endeligt besparelspotentiale kan først estimeres, når de nye overenskomstforhandlingerne er faldet på plads, og regionen får kendskab til aftalen om økonomiprotokollatet i den nye overenskomst. Besparelspotentialet i forbindelse med øvrige indsatser på tandlægeområdet vurderes til at være **0,5 mio. kr.**

Punkt nr. 14 - Status på "bedre ressourceudnyttelse i praksissektoren"

Bilag 3 - Side -6 af 8

Projekt 4: Økonomisk potentiale ved etablering af direkte adgang til udvalgte specialer inden for speciallægehjælp

Projektet skal undersøge, om der er andre specialer end ørelægehjælp og øjenlægehjælp, hvor det vil være hensigtsmæssigt at etablere direkte adgang samtidigt med, at patientforløbet optimeres, idet der sker en simplificering af henvisningspraksis.

Besparelsespotentiale: 0-3 mio. kr.

Projekt 5: Analyse af kapacitet og ressourceudnyttelse i speciallægepraksis

Projektet skal undersøge, om kapaciteten på speciallægeområdet er hensigtsmæssigt dimensioneret, og om kapaciteten udnyttes optimalt.

Besparelsespotentiale: Perspektivet i forhold til dette projekt er mere langsigtet. Skal speciallægekapaciteten reduceres, medfører det på kort sigt en udgift for regionen i forbindelse med opkøb af praksis. Det langsigtede besparelsespotentiale estimeres til at være **0-5 mio. kr.**

Projekt 6: Ændret praksis for udlevering og ordination af ernæringspræparater

Region Hovedstaden har i de seneste år oplevet en stor stigning i udgifterne til ernæringspræparater. Projektet skal belyse nuværende praksis og lovgivning for udlevering og ordination af ernæringspræparater med henblik på at identificere indsatser, som kan reducere Region Hovedstadens udgifter på området.

Besparelsespotentiale: 4 mio. kr.

Projekt 7: Rekvisitioner i speciallægepraksis

Overenskomst vedr. speciallægehjælp specificerer, hvilke typer af medikamenter speciallæger kan rekvirere til brug i deres praksis. Hidtidigt har regionen betalt for medikamenter, der ikke direkte er nævnt i overenskomsten. Dette projekt vil forsøge at sikre gennemsigtighed i forhold til hvilke medikamenter, der kan rekvireres af speciallægepraksis, så medikamenter der ikke er nævnt i overenskomsten, ikke vil blive honoreret af regionen.

Besparelsespotentiale: 1 mio. kr.

Projekt 8: Analyse af medicinområdet

Der er i Region Hovedstaden politisk fokus på at udnytte det store besparelsespotentiale, der findes på lægemiddelområdet i praksissektoren. Organiseringen i praksissektoren rummer dog udfordringer i forhold til regionernes muligheder for at påvirke udgifterne. Der vurderes behov for yderligere analyse af mulighederne for at påvirke praksissektoren til en mere rationel ordinationsadfærd, herunder overenskomstændringer med henblik på at afprøve nye incitamentsstrukturer.

Besparelsespotentiale: Endnu ikke estimeret.

Projekt 9: Indsatser på laboratorieområdet

Projektet består af tre delprojekter med fokus på:

- a) Reduktion af udgifter til utensilier til blodprøvetagning i almen praksis og speciallægepraksis.
- b) Reduktion i udgiftsvækst i forhold til den patologiske og mikrobiologiske diagnostik.
- c) Reduktion af udgifter til licenser til webreq.

Besparelsespotentiale: 9 mio. kr.

Projekt 10: Effektivisering af praksiskonsulentordninger

Projektet skal undersøge, om praksiskonsulentordningerne kan effektiviseres og optimeres, uden det påvirker kvalitetsudviklingen på praksisområderne.

Besparelsespotentiale: 0,5-1 mio. kr.

Ovennævnte projekter vurderes samlet set til at realisere besparelser på **minimum 19 mio. kr.**

Punkt nr. 14 - Status på "bedre ressourceudnyttelse i praksissektoren"

Bilag 3 - Side -7 af 8

Øvrige mindre indsatser til udredning

Ud over større indsatser, som er indskrevet i projektform, er der på baggrund af dialogmøderne også fremkommet foreslag til følgende mindre indsatser.

- ▮ Blodprøvetagning i speciallægepraksis i stedet for henvisning til almen praksis herom.
- ▮ Afdækning af brugen af personale (assisterende speciallæger, vikarer og andet hjælpepersonale) i speciallægepraksis.
- ▮ Operationer, der ligger i en gråzone i forhold til, om de er kosmetiske.
- ▮ Regional vejledning om kriterier for henvisning til almen fysioterapi.
- ▮ Udgiftsreduktion i forbindelse med udbud på henvisningshotellet.
- ▮ Udredning om, hvorvidt der bliver udført dublerende EKG'er på patienter med kronisk sygdom, hvor patienter tilses både i almen praksis og hospitalsambulatorium.
- ▮ Ændring af apotekeraftalen.
- ▮ Omsætningskontrol på psykologområdet.

Hvad angår mindre indsatser, vurderes indsatsen vedr. brugen af personale i speciallægepraksis og omsætningskontrol på psykologområdet at have det største besparelspotentiale. Det samlede besparelspotentiale for øvrige indsatser vurderes til at være i alt **5,5 mio. kr.**

Allerede igangsatte initiativer

Af bilag 2 fremgår en oversigt over initiativer, som administrationen allerede har igangsat eller afsluttet. Initiativerne er afsluttet efter en foranalyse, der har vist, at der ikke var et besparelspotentiale. Allerede igangsatte initiativer indebærer blandt andet ændring af høreapparataftalen på Bornholm, samt at tre kapaciteter på speciallægeområdet (2 fuldtidskapaciteter samt en overlægepraksis) ikke genopslås, hvilket i alt forventes at realisere en besparelse på **knap 6 mio. kr.**

Udviklingsprojekter

Administrationen arbejder derudover videre med udviklingsprojekter, der forventeligt ikke vil kunne bidrage til besparelser i 2018, men som vil kunne mindske udgifterne til praksissektoren på længere sigt. Det drejer sig om:

- ▮ Videotolkning i praksissektoren. Administrationen er ved at undersøge muligheden for at implementere en ny og webbaseret videoløsning, der kan køre direkte via lægens egen pc og ikke kræver installation af udstyr eller licenser. Løsningen minder om en skype-løsning, hvor to brugere får kontakt via en browser. Løsningsmodellen har en meget lav omkostning pr. bruger. Løsningsmodellen er dog stadig under afklaring og afventer en sikkerhedsgodkendelse. Administrationen vurderer dog, at løsningen bliver tilgængelig inden for den nærmeste fremtid.
- ▮ Sundhedsforsikrings indflydelse på behandlingsniveau i kiropraktorpraksis, fysioterapipraksis samt psykologpraksis.

Samlet besparelspotentiale

Af nedenstående tabel fremgår en samlet oversigt over besparelspotentialet for initiativerne under "bedre ressourceudnyttelse på praksisområdet".

Initiativ	Estimeret besparelspotentiale
10 projekter	19 mio. kr.
Mindre indsatser	5,5 mio. kr.
Allerede igangsatte initiativer	5,8 mio. kr.
Total	30,3 mio. kr.

Allerede igangsatte initiativer forventes således at bidrage med en besparelse på knap 6 mio. kr, de ti større projekter vurderes til at bidrage med en besparelse på minimum 19 mio. kr., mens øvrige, mindre indsatser forventes at realisere en besparelse på 5,5 mio. kr. Samlet set vurderer administrationen, at der kan opnås besparelser på ca. 30 mio. kr. i 2018.

Punkt nr. 14 - Status på "bedre ressourceudnyttelse i praksissektoren"

Bilag 3 - Side -8 af 8

KONSEKVENSER

Såfremt regionsrådet godkender indstillingen, vil administrationen iværksætte initiativer, som samlet set vurderes at medføre besparelser på ca. 30. mio. kr., som beskrevet i projektkataloget.

RISIKOVURDERING

Administrationen har haft fokus på initiativer, der ikke vil påvirke den patientoplevede kvalitet. Tværtimod indeholder en del projekter og mindre indsatser et ønske om forenklede patientforløb med færre kontakter. Dette gælder blandt andet projekterne vedrørende etablering af direkte adgang til fysioterapi og speciallægehjælp. Gennemførelsen af nogle af projekterne kan dog få indflydelse på ventetiden for patienterne eksempelvis i forbindelse med optimering af kapaciteten i speciallægepraksis.

Administrationen forventer at opnå en besparelse på minimum 30 mio. kr. i 2018, men besparelspotentialet er estimeret på baggrund af indledende analyser på de pågældende områder. For nogle af projekterne kan det ske, at besparelspotentiale ikke kan realiseres grundet eksempelvis lovgivning på området. Dette gælder blandt andet for projekterne vedrørende etablering af direkte adgang (bortfald af henvisningskrav), hvor det gælder, at Sundhedslovens bestemmelser om henvisning skal ændres, før disse projekter succesfuldt kan gennemføres. Der er således en risiko for, at disse projekter ikke kan gennemføres.

BEVILLINGSTEKNISKE KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen vil betyde, at administrationen iværksætter initiativer, som samlet set vurderes at medføre besparelser på ca. 30 mio. kr. i 2018. På baggrund af projekterne skal budgettet for praksisområdet korrigeres med 30 mio. kr. i 2018, jf. budgetaftale 2017.

KOMMUNIKATION

Der planlægges en kommunikationsindsats rettet mod ydergrupperne, når projektkataloget er godkendt af regionsrådet.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Sagen forelægges forretningsudvalget den 6. juni 2017 og regionsrådet den 13. juni 2017.

DIREKTØRPÅTEGNING

Hjalte Aaberg / Svend Hartling

JOURNALNUMMER

16042833

BILAGSFORTEGNELSE

- 📎 1. Udkast til projektkatalog
- 📎 2. Oversigt over igangværende initiativer til TVÆRS
- 📎 3. FU protokol, budgetsag
- 📎 4. TVÆRS protokol, proces sag
- 📎 5. TVÆRS procesplan

Projektkatalog – "Bedre ressourceudnyttelse på praksisområdet"

REGION

Version 3.0

Punkt nr. 14 - Status på "bedre ressourceudnyttelse i praksissektoren"

Bilag 4 Side 2 af 28

Projekt 1: Økonomisk potentiale ved etablering af direkte adgang til fysioterapi uden henvisning

	Projektkommissorium for: Analyse af effektiviseringspotentiale ved etablering af direkte adgang til fysioterapi	
	Strategisk indsats Bedre ressourceudnyttelse på praksisområdet	
	Ejer Center for Sundhed	
	Udfærdiger Center for Sundhed, Enhed for Tværsektoriel Udvikling	
	Version 2	Dato 11.04.17
	Workzone	16050627

Projektdefinition

Projektet skal undersøge, om der er økonomiske fordele ved at afskaffe kravet om lægehenvi-
sning for at kunne modtage fysioterapibehandling med offentligt tilskud, samt hvad der skal til, før det kan gennemføres i praksis.

Baggrund

Studier fra Norge, Holland, England og Sverige har vist, at direkte adgang til fysioterapibehandling har givet færre omkostninger og bedre ressourceudnyttelse, mens patienterne kommer hurtigere i behandling og tilbage i arbejde. Den praktiserende læges gatekeeper-rolle og dermed mulighed for at tage stilling til det samlede udrednings- og behandlingsbehov bliver dog svækket ved afskaffelse af henvisningskrav. Derudover er der i dag gråzoner i forbindelse med træningsydelse, der ligger tæt op ad traditionel træning i motionscentre og lignende. Det kan således være uklart, hvornår man er patient, og hvornår man er selvtrænende borger.

Formål

Projektets formål er at undersøge muligheder og erfaringer med direkte adgang for patienter til fysioterapibehandling, herunder om det samlet set kan give patienterne et bedre og hurtigere udrednings- og behandlingsforløb.

Beskrivelse af projektet på politisk niveau

Undersøgelser fra Norge, Holland, England og Sverige indikerer, at direkte adgang til fysioterapibehandling kan give færre omkostninger og bedre ressourceudnyttelse, da patienterne kommer hurtigere i behandling og tilbage i arbejde.

Projektets ønskede leverancer

- Afdækning af erfaringer fra andre lande baseret på litteraturstudier
- Undersøgelse af mulige økonomiske konsekvenser baseret på data fra regionens afregningssystem for praksissektoren
- Beskrivelse af gevinster/ulemper for patienter ved direkte adgang til fysioterapibehandling.

Projektets rammer

Henvisningskravet til fysioterapi er beskrevet i Sundhedsloven. Etablering af direkte adgang til fysioterapi kræver derfor ændring af Sundhedsloven.

Tid

- 2. kvartal af 2017: Indsamling af materiale fra udenlandske studier samt indsamling af eksisterende data trukket på baggrund af de konkrete erfaringer fra litteraturstudierne.
- 3. kvartal 2017: Såfremt litteraturstudierne viser de forventede resultater, udarbejdes en projektbeskrivelse til en analyse af konsekvenserne ved at afskaffe henvisningskravet til fysioterapibehandling.

Kvalitet

Kvaliteten af behandlingen i fysioterapipraksis forventes ikke at blive ændret.

Punkt nr. 14 - Status på "bedre ressourceudnyttelse i praksissektoren"

Bilag 4 - Side 3 af 28

Gevinster

Det kan spare patienten for en kontakt til egen læge

- Besparelse af honoraret til den praktiserende læge. Der blev i 2015 udskrevet 131.984 henvisninger til almen fysioterapi.

Estimeret besparelspotentiale

- 0-3 mio. kr.

Interessenter

- Alment praktiserende læger
- Fysioterapeuter
- Kiropraktorer
- Praksiskonsulenter for fysioterapi
- Borgere i regionen

Ressourcer

Det estimerede ressourcetræk for projektet er 100 timer.

Projektleder

Merete Rahbeck Schmidt

Øvrige ressourcer

Der forventes ikke, at der er behov for eksterne ressourcer i forbindelse med projektet.

Punkt nr. 14 - Status på "bedre ressourceudnyttelse i praksissektoren"

Projekt 2: Besparelser på fysioterapiområdet

Bilag 4 - Side -4 af 28



Projektkommissorium for: Besparelser på fysioterapiområdet	
Strategisk indsats Bedre ressourceudnyttelse på praksisområdet	
Ejer Center for sundhed	
Udfærdiger Center for sundhed, Enhed for praksisoverenskomster	
Version 2	Dato 11.04.17
Workzone	16048104

Projektdefinition

Projektet skal belyse, om kapaciteten i fysioterapipraksis bliver udvidet uden hjemmel hertil i overenskomsten. Dette gøres ved en målrettet indsats overfor fysioterapeuter, der har haft en markant udvikling i omsætningen og overfor fysioterapeuter, der har haft ansat vikar. Derudover skal der følges op på udgiftsdæmpende tiltag vedrørende brugen af hjælpepersonale.

Baggrund

Projektet skal analysere, om fysioterapeuter med markant udvikling i deres omsætning har udvidet deres kapacitet i strid med overenskomsten. 92 ud af 435 fysioterapeuter med en kapacitet på under 30 timer om ugen havde en omsætning på over 1 mio. kr. (inklusive patientandel) i 2016. Der er således mange fysioterapeuter med en kapacitet på under 30 timer om ugen, der afregner for store beløb.

Hvad angår brugen af hjælpepersonale har Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Danske Fysioterapeuter indgået aftale om ændring af overenskomsten om almen fysioterapi vedrørende begrænsning i muligheden for benyttelse af hjælpepersonale, således at hjælpepersonale fremadrettet alene kan benyttes til holdtræning og opfølgende træningsterapi i klinikken. Ligeledes kan fysioterapeuten kun bruge én person som hjælpepersonale ad gangen. Ændringen trådte i kraft 1. september 2016.

Formål

Projektets formål er at sikre, at kapaciteten i fysioterapipraksis ikke udvides uretmæssigt, og at overenskomstens bestemmelser herom overholdes. Dette gøres gennem systematisk gennemgang af omsætningen for fysioterapeuter, der benytter vikar ved delvist fravær, systematisk opfølgning på fysioterapeuter, hvis omsætning er steget væsentligt. Derudover følges der op på aftalen vedr. udgiftsdæmpende tiltag angående brugen af hjælpepersonale på speciale 51.

Beskrivelse af projektet på politisk niveau

Projektet skal medvirke til at dæmpe udgiftsudviklingen under overenskomsten med henblik på at sikre overholdelsen af overenskomstens økonomi. Projektet skal endvidere bidrage til at sikre, at brugen af vikar og hjælpepersonale sker i overensstemmelse med overenskomstens bestemmelser.

Projektets ønskede leverancer

- Afdækning af omsætningsudvikling for fysioterapeuter
- Fremsætte tilbagebetalingskrav overfor fysioterapeuter, der har udvidet kapaciteten uden hjemmel i overenskomsten

Projektets rammer

Overenskomst om Fysioterapi, Overenskomst om Vederlagsfri Fysioterapi samt Aftale om udgiftsdæmpende tiltag for almen fysioterapi.

Tid

Projektet forventes opstartet i marts 2017.

Milepæle:

- Marts 2017: Analysefase indledes

Punkt nr. 14 - Status på "bedre ressourceudnyttelse i praksissektoren"

Bilag 4 - Side 5 af 28

- Maj 2017: Sager drøftes på sekretariatsplan
- Maj 2017: Høring af fysioterapeuter
- Juni 2017: Tilbagebetalingskrav sendes i høring hos fysioterapeuter
- August 2017: Der modregnes i forhold til de fysioterapeuter, som accepterer tilbagebetalingskravet.
- 21. september 2017: Sager forelægges samarbejdsudvalget vedrørende fysioterapeuter, som har accepteret tilbagebetalingskravet.
- September 2017: Sager oversendes til Landssamarbejdsudvalget
- Oktober 2017: Evaluering af projektet

Kvalitet

Kvaliteten af behandlingen i fysioterapipraksis forventes at være uændret.

Gevinster

- Det sikres, at overenskomstens bestemmelser vedr. brugen af hjælpepersonale, vikar og ansat overholdes.
- Ved tilbagebetalingskrav vil der foreligge direkte økonomiske gevinster.

Estimeret besparelеспotentiale

- 4 mio. kr.

Interessenter

- Fysioterapeuter med ydernummer i regionen
- Kommunerne i Region Hovedstaden

Ressourcer

Det estimerede ressourcetræk forventes at være ca. 200 timer.

Projektledere

Kim Juelsgaard, Enhed for praksisoverenskomster

Paul Bienkowski, Enhed for praksisoverenskomster

Elisabeth Ankersen, Enhed for praksisoverenskomster

Øvrige ressourcer

Det forventes ikke, at der er behov for yderligere ressourcer.

Punkt nr. 14 - Status på "bedre ressourceudnyttelse i praksissektoren"

Bilag 4 - Side 6 af 28

Projekt 53: Besparelser på tandlægeområdet

 Region Hovedstaden	Projektkommissorium for: Besparelser på tandlægeområdet	
	Strategisk indsats Bedre ressourceudnyttelse på praksisområdet.	
	Ejer Center for Sundhed	
	Udfærdiger Center for Sundhed, Enhed for praksisoverenskomster	
	Version 1	Dato 05.12.2016
	Workzone	16048791

Projektdefinition

Projektet omfatter en analyse af tandlægenes ydelsesforbrug herunder de nationale kliniske retningslinjer om fastlæggelse af intervaller mellem diagnostiske undersøgelser. Projektet forventes at give viden om, hvorfor der er sket en stigning i udgifterne. Projektet skal derudover understøtte overenskomstforhandlingerne på tandlægeområdet.

Baggrund

Siden den nugældende overenskomst for tandlægehjælp trådte i kraft den 1. april 2015 har der været en markant vækst i regionernes udgifter til tandlægehjælp. Udgiftsvæksten på tværs af regionerne har været på samme niveau.

Udgiftsstigningerne tilskrives især overenskomsten af 1. april 2015 med dens implementering af nye kliniske retningslinjer om indkaldeintervaller med kategorisering af patienterne i henholdsvis rød, gul og grøn kategori, hvor patienttilskuddet afhænger af, hvilken kategori patienten er placeret i.

Den aftalte økonomiske ramme for 2016 er overskredet med ca. 300 mio. kr. på landsplan. På øvrige overenskomstområder betyder en overskridelse af økonomirammen, at merforbruget hentes ind ved efterfølgende nedsættelse af ydernes honorar fra regionen, men dette er ikke tilfældet for tandlægeområdet. En modregning på tandlægeområdet gælder kun for halvdelen af den konstaterede overskridelse, og der er samtidigt et loft over modregningsbeløbet. Loftet er 150 mio. kr. og betyder, at overskridelse ud over 150 mio. kr. dækkes fuldt ud af regionerne.

Formål

Formålet med projektet er at undersøge, om en reduktion af udgifterne kan iværksættes af regionen.

Beskrivelse af projektet på politisk niveau

Den markante udgiftsstigning må bremses. Derfor må tallene bag udgiftsudviklingen analyseres nærmere med henblik på at afdække, hvordan de stemmer overens med overenskomst og vejledning om indkaldeintervaller. Der må reageres på evt. uoverensstemmelser, og man må finde ud af, om der findes enkle indgreb, der kan bidrage til at nedbringe forbruget. Endvidere skal projektet give input til de kommende overenskomstforhandlinger, der starter op i løbet af 2017, og som vil skulle træde i kraft 1. april 2018.

Projektets ønskede leverancer

- Kortlægning af tandlægenes fordeling på farvekategorier.
- Udtræk af data vedrørende hvor stor en procentandel af grønne patienter de enkelte tandlæger har, og om der er tandlæger, der afviger markant fra det gennemsnitlige antal grønne patienter. Herunder oplysninger om, hvorvidt nogle tandlæger har meget få grønne patienter, og hvad forklaringen herpå i givet fald er.
- Identifikation af patienter, der før den nugældende overenskomst kun gik til tandlægen én gang om

Punkt nr. 14. Status på "bedre ressourceudnyttelse i praksissektoren"

Bilag 4 Side 7 af 28

- Forlæggelse af kortlægning af farvefordeling/analyse jf. ovenfor for samarbejdsudvalget.
- Information til tandlægerne om resultaterne af kortlægning af farver/analyse.
- Viden om, hvorvidt behandlingen af parodontose er blevet mere udgiftstung efter ikrafttrædelse af den nugældende overenskomst.
- Viden om udviklingen i økonomien vedr. behandling af parodontose, dels vedrørende overgangen til nugældende overenskomst, dels vedrørende udviklingen fra 2015 til 2016 og endelig vedrørende udviklingen i de øvrige regioner.
- Analyse af udviklingen i udgiften til tandplejere.
- Analyse af, om tandplejeklinikker deler patientportefølje med tandlægeklinikker og virkning heraf.
- Informationsindsats overfor borgerene om inddeling i farver, tilskudsmuligheder og egenbetaling.
- Løbende input til overenskomstforhandlinger.

Projektets rammer

Projektet er afgrænset til overenskomstens rammer.

Tid

Milepæle

- Maj 2017: Udtræk af ydelsesforbrug 2014, 2015 og 2016
- September 2017: Rapportering af resultater
- November 2017: Slutrapport

Kvalitet

Kvaliteten for patienten forventes at være uændret.

Gevinster

Der forventes, at projektet vil medføre, at flere patienter fremadrettet indplaceres i grøn kategori og dermed et fald i udgifterne til tandlægeområdet.

Estimeret besparelspotentiale

- Et endeligt besparelspotentiale kan først estimeres, når overenskomstforhandlingerne er faldet på plads, og regionen får kendskab til økonomiprotokollatet i den nye overenskomst. Besparelspotentialet i forbindelse med øvrige indsatser på tandlægeområdet vurderes til at være 0,5 mio. kr.

Interessenter

- Tandlægerne med ydernummer
- Borgerne i regionen

Ressourcer

Det estimerede ressourceforbrug forventes at være 250 timer.

Projektleder

Christine Pade, Enhed for Praksisoverenskomster.

Øvrige ressourcer

Der kan være behov for eksterne dataudtræk vedr. sociale forhold.



**Region
Hovedstaden**

Projektkommissorium for: Analyse af økonomisk potentiale ved etablering af direkte adgang til speciallæger	
Strategisk indsats Bedre ressourceudnyttelse på praksisområdet	
Ejer Center for Sundhed	
Udfærdiger Center for Sundhed, Enhed for Praksisoverenskomster	
Version 2	Dato 11.04.2017
Workzone	16049108

Projektdefinition

Projektet skal undersøge, om der er et økonomisk potentiale ved at ophæve kravet om lægehenvi-
 sning i forbindelse med behandling hos praktiserende speciallæge med offentligt tilskud.

Projektet skal således være en undersøgelse af, om der er andre specialer end ørelægehjælp og øjenlæge-
 hjælp, hvor det vil være hensigtsmæssigt at etablere direkte adgang. Projektet skal også anføre, hvad der
 skal til, før det kan gennemføres i praksis.

Derudover kan projektets resultater medføre, at det kunne være hensigtsmæssigt at undersøge, om special-
 læger inden for visse specialer skal kunne henvise til speciallæger inden for andre specialer. Endvidere
 kunne det undersøges, om hospitaler skal kunne henvise til speciallæger inden for en række relevante speci-
 aler.

Projektet skal afslutningsvis afdække, om almen praksis har den faglige kompetence og forudsætning for at
 være gate-keeper i forhold til henvisning til bandagist.

Baggrund

I Sverige kan patienter i højere grad end i Danmark henvende sig direkte til en specialist fx hudlæge.

Folketinget drøftede i 2010 mulighederne for at give patienterne direkte adgang med sygesikringstilskud til
 speciallæge og fysioterapeut, og Indenrigs- og Sundhedsministeriet afdækkede i 2011 fordele og ulemper.
 Undersøgelsen konkluderede, at fordelene er, at det offentlige vil kunne spare udgifter til honorarer til al-
 men praksis, hvis patienterne opsøger speciallægepraksis direkte. Patienterne vil ved direkte henvendelse til
 speciallægepraksis få mulighed for en hurtig diagnose og behandling og vil undgå at vente på en konsultati-
 on hos både den praktiserende læge og speciallægen.

Ulemperne er, at den praktiserende læges gatekeeper-rolle svækkes og dermed muligheden for at tage stil-
 ling til det samlede udrednings- og behandlingsforløb. Risikoen er også, at patienter vil søge speciallæge for
 problemstillinger, som kunne være behandlet i almen praksis. Henvisningskravet er derved med til at sikre,
 at patienterne behandles på det lavest effektive omkostnings- og behandlingsniveau (LEON-princippet).

En ophævelse af henvisningskravet vil endvidere kræve en ændring af Sundhedslovens § 64.

Formål

Det skal med inddragelse af nationale og internationale erfaringer samt data vedr. henvisningspraksis fra
 almen praksis til speciallægepraksis undersøges, om direkte adgang til speciallægepraksis vil give patien-
 terne mere smidige udrednings- og behandlingsforløb og samtidig mindske regionens udgifter til praksis-
 sektoren.

Det skal også afdækkes, om der vil være afledte negative konsekvenser ved direkte henvisningsadgang,
 som vil modvirke regionens bestræbelser på at dimensionere speciallægekapaciteten set i sammenhæng

Punkt nr. 14 - Status på "bedre ressourceudnyttelse i praksissektoren"

med aktiviteter på hospitalerne.

Bilag 4 - Side -9 af 28

Beskrivelse af projektet på politisk niveau

I Sverige kan patienter i højere grad end i Danmark henvende sig direkte til en specialist fx hudlæge. Det giver patienterne mulighed for en hurtigere afklaring af deres lidelser/problemstillinger samtidig med, at antallet af henvendelser til almen praksis mindskes. Dette projekt har til formål at undersøge, om en tilsvarende fri adgang til speciallægepraksis vil være omkostningseffektivt i regionen og dermed vil kunne bidrage til besparelser på praksisområdet.

Projektets ønskede leverancer

- Afdækning af erfaringer fra andre lande fx Sverige via litteraturstudier og evt. studiebesøg
- Undersøgelse af data vedr. henvisningspraksis fra almen praksis til speciallægepraksis
- Beskrivelse af konsekvenser for lægefaglige kompetencer i almen praksis og speciallægepraksis ved direkte adgang til speciallæge
- Konsekvenser for den nuværende kapacitet i speciallægepraksis ved etablering af direkte adgang
- Afdækning af specialer, hvor direkte henvisning til andre specialer vil være hensigtsmæssigt ud fra en faglig og økonomisk synsvinkel
- Afdækning af, om almen praksis har den faglige kompetence og forudsætning for at agere gate-keeper i forhold til henvisning til bandagist
- Hvis projektet fremviser et økonomisk potentiale, fremlægges konklusionerne for regionsrådet og Danske Regioners Bestyrelse
- Eventuel borgerrettet informationsindsats med fokus på ændret adgang til speciallæger

Projektets rammer

Sundhedsloven, Overenskomst om speciallægehjælp, praksisplan for speciallægehjælp. Ønskes ændringer i henvisningsadgangen til speciallæger gennemført, kræver det ændringer i Sundhedsloven.

Tid

Projektet forventes gennemført fra maj til september 2017.

Milepæle

- Maj 2017: Litteratursøgning. Herunder gennemlæsning af Indenrigs- og Sundhedsministeriets notat fra 2011 samt indsamling af materiale og data fra udenlandske erfaringer.
- Juni 2017: Data udtræk vedr. henvisningspraksis fra almen praksis til speciallægepraksis samt ydelsesmønstret for gruppe 1 og gruppe 2 sikrede.
- August/september 2017: Udarbejdelse af skriftlig analyse af projektets resultater.

Kvalitet

Kvaliteten af behandlingen i speciallægepraksis for patienter forventes ikke at blive ændret.

Gevinster

- Hurtigere og smidigere udredning og behandling af patienten.
- Besparelse af konsultationshonoraret til alment praktiserende læger hvor borgerens formål med konsultationen er at få en henvisning til speciallæge.

Estimeret besparelspotentiale

- 0-3 mio. kr.

Interessenter

- Speciallæger med ydernummer
- Almen praksis
- Sundheds- og Ældreministeriet
- Borgere i regionen
- Hospitaler

Ressourcer

Det estimerede ressourceforbrug forventes at være 100 timer.

Projektleder

Punkt nr. 14 - Status på "bedre ressourceudnyttelse i praksissektoren"

Bilag 4 - Side -10 af 28

Øvrige ressourcer

Medarbejdere i Enhed for hospitalsplanlægning.



Projektkommissorium for: Analyse af optimal kapacitet på speciallægeområdet	
Strategisk indsats Bedre ressourceudnyttelse på praksisområdet	
Ejer Center for Sundhed	
Udfærdiger Center for Sundhed, Enhed for Tværsektoriel Udvikling	
Version 2	Dato 11.04.17
Workzone	16050274

Projektdefinition

Projektet skal undersøge, om kapaciteten i speciallægepraksis i regionen er hensigtsmæssigt dimensioneret, og om kapaciteten kan udnyttes mere hensigtsmæssigt set i sammenhæng med de opgaver, som løses på hospitaler og i almen praksis.

Baggrund

Region Hovedstaden fastlægger antallet af speciallægekapaciteter i praksissektoren. Knap halvdelen af landets speciallægekapaciteter er placeret i Region Hovedstaden, hvilket betyder, at tilgængeligheden for den enkelte borger til en speciallæge i Region Hovedstaden er væsentlig større end i resten af landet.

Der er på speciallægeområdet i alt 405 kapaciteter, fordelt på 372 fuldtidskapaciteter og 33 deltidskapaciteter. Regionen foretrækker fuldtidskapaciteter, som kan lægge flest mulig ressourcer i at behandle regionens borgere. Det giver anledning til at se på specialer med relativt mange deltidskapaciteter.

Samtidigt bør der ses på kapaciteten i de forskellige specialer for at vurdere, om opgaverne kunne løse mere omkostningseffektivt i almen praksis eller på hospitaler.

Formål

Formålet er at pege på mulige tiltag i forhold til strukturelle tilpasninger inden for speciallægeområdet ved blandt andet at se på, om speciallægekapaciteten i regionen er rigtigt sammensat og dimensioneret sammenholdt med aktiviteten i almen praksis og på hospitalerne og under hensyntagen til regionens sundhedspolitiske hensigtserklæringer.

Beskrivelse af projektet på politisk niveau

Speciallægepraksis udgør en vigtig del af det samlede sundhedsvæsen, og der skal løbende ske udvikling og tilpasning i takt med udviklingen i det øvrige sundhedsvæsen. Projektet undersøger derfor, om kapaciteten på speciallægeområdet er hensigtsmæssigt dimensioneret, og om kapaciteten kan udnyttes mere hensigtsmæssigt og i sammenhæng med de opgaver, som løses på hospitaler og i almen praksis.

Projektets ønskede leverancer

- Beskrivelse af muligheder for indskrænkning af kapaciteter, fx inddragelse af deltidspæksis eller opkøb af fuldtids- og deltidspæksis med lav omsætning
- Udarbejde kapacitetsanalyser på udvalgte specialer - evt. inddragelse af brugerundersøgelse (foretages af eKVIS primo 2017)
- Beskrivelse af konsekvenser ved ændring af specialer, herunder konsekvenser for et samlet sundhedsvæsen og evt. opgaveoverdragelse til fx almen praksis
- Konkret forslag til beslutning, som henholder sig til de overenskomstmæssige rammer

Projektets rammer

Projektet skal passes ind i forhold til to overordnede rammer; Praksisplan 2018-21 samt Overenskomsten om Speciallægehjælp. Der er derudover afhængigheder i forhold til hospitalskapaciteten.

Punkt nr. 14 - Status på "bedre ressourceudnyttelse i praksissektoren"

Der er behov for mere dybdegående analyser af udvalgte specialer, hvor alle betragtninger indgår. Disse bør foretages inden endelig stillingtagen til ændringer på speciallægeområdet.

Bilag 4 - Side 12 af 28

Tid

- Projektforløb frem til december 2017
- Skal køre sideløbende med udarbejdelse af praksisplan 2018-21

Kvalitet

Kvaliteten af behandlingen i speciallægepraksis bliver ikke forringet ved realisering af projektet.

Gevinster

- At speciallægekapaciteten understøtter det samlede sundhedsvæsen med en høj faglig kvalitet i patientbehandlingen til færrest mulige omkostninger samtidig med, at speciallægekapaciteten er tilpasset efterspørgslen efter ydelser, således at den enkelte borger sikres lige og let adgang til sundhedsvæsenet
- At speciallægekapaciteten er tilpasset hospitalsambulatoriernes aktivitet.

Estimeret besparelеспotentiale

- Perspektivet i forhold til dette projekt er mere langsigtet. Skal speciallægekapaciteten reduceres, medfører det på kort sigt en udgift for regionen i forbindelse med opkøb af praksis. Det langsigtede besparelеспotentiale estimeres til at være 0-5 mio. kr.

Interesser

- Speciallæger med ydernummer
- Alment praktiserende læger
- Hospitalerne
- Borgerne i regionen

Ressourcer

Det estimerede ressourceforbrug forventes at være 150 timer.

Projektleder

Merete Schmidt.

Øvrige ressourcer

Det forventes, at både Center for Økonomi og Enhed for hospitalsplanlægning i Center for Sundhed skal bidrage.

 Region Hovedstaden	Projektkommissorium for: Ændret praksis for udlevering og ordination af ernæringspræparater i Region Hovedstaden	
	Strategisk indsats: Bedre ressourceudnyttelse på praksisområdet	
	Ejer: Center for Sundhed	
	Udfærdiger: Center for Sundhed, Enhed for Praksisoverenskomster	
	Version 2	Dato 11.04.17
	Workzone	16047927

Projektdefinition

Projektet skal belyse nuværende praksis og lovgivning for udlevering og ordination af ernæringspræparater, herunder kommunernes efterspørgsel efter ernæringspræparater med henblik på at identificere indsatser, som kan reducere Region Hovedstadens udgifter til området.

Baggrund

Region Hovedstaden har i forbindelse med budgetforlig 2016 set på besparelspotentialer ved ernæringspræparater. Det blev på daværende tidspunkt konkluderet, at der var et begrænset besparelspotentiale inden for de nuværende rammer.

Sundheds- og Ældreministeriet nedsatte i 2015 en arbejdsgruppe, der skal undersøge det faglige grundlag for det offentlige tilskud til ernæringspræparater, de organisatoriske aspekter i forhold til vurdering af ernæringspræparater, ydelse af tilskud og indkøb af ernæringspræparater. Ifølge kommissoriet for arbejdet skulle arbejdsgruppen afrapportere til regeringen i 2. kvartal af 2016, men arbejdsgruppens arbejde er endnu ikke publiceret.

Administrationen vurderer, at der fortsat er et ikke-realiseret besparelspotentiale på området, som bør belyses yderligere.

Formål

Projektets formål er at afdække, hvor og hvordan efterspørgslen efter ernæringspræparater opstår og på den baggrund belyse, om der er indsatser, som kan igangsættes for at nedbringe udgifterne på området.

Beskrivelse af projektet på politisk niveau

Region Hovedstaden har de seneste år oplevet en stor stigning i udgifterne til tilskud til ernæringspræparater. Udgiften udgjorde 70,1 mio. kr. i praksissektoren i 2016. Administrationen vurderer, at en del af stigningen kan skyldes en stigning i antallet af henvendelser fra kommunalt personale til almen praksis om ernæringspræparater på grøn recept til borgere i kommunerne. På den baggrund igangsættes en nærmere analyse af området.

Projektets ønskede leverancer

- Afdækning af nuværende praksis for udlevering og ordination af ernæringspræparater.
- Identifikation og beskrivelse af forslag til indsatser, der kan realisere besparelser.
- Implementering af indsatser.

Den foreløbige belysning af området peger på tre indsatsområder:

1. Informere om retningslinjerne for udlevering og ordination af ernæringspræparater.
2. Belyse, om der ud fra en ernæringsmæssig synsvinkel kan fremmes ernæringsmæssige alternativer eksempelvis via kommunernes ernæringspolitikker
3. Sikre en præcisering af Sundheds- og Ældreministeriets tolkning af lovgivningen på området med henblik på at få afklaret, om der i snitfladen til den kommunale forpligtelse i hjemmeplejen er

Punkt nr. 14 - Status på "bedre ressourcendnyttelse i praksissektoren"

Bilag 4 - Side -14 af 28

Kommunerne involveres i processen via praksisplanudvalgets administrative styregruppe (PAS).

Projektets rammer

Projektets rammer er defineret i bekendtgørelsen om ernæringspræparater samt den endnu ikke færdiggjorte rapport fra Sundheds- og Ældreministeriet.

Tid

Projektet forventes igangsat i maj 2017.

Milepæle

- Maj – september 2017: Analysefase og identifikation af forslag til indsatser.
- Oktober – december 2017: Implementering af indsatser

Gevinster

Regionen afholder udgifter for køb af ernæringspræparater og remedier til indtagelse af præparater, som udleveres på apoteker eller leveres direkte fra leverandørerne. Regionens udgifter er nogenlunde ligeligt fordelt mellem apoteker og leverandører.

Region Syd gennemførte i 2015 en informationskampagne overfor de praktiserende læger og apotekerne i regionen om udlevering af ernæringspræparater. Region Syd vurderer, at informationskampagnen i 2013 medførte en reduktion i udgifter fra udlevering via apotekerne på 10 %.

Region Syd har endvidere ændret afregningspraksis i 2016 på baggrund af en tolkning af lovgivningen fra Sundheds- og Ældreministeriet. Region Syd har samlet set fra reduceret deres udgifter til området med 6,5 mio. kr. fra 2013-2016 svarende til en reduktion på ca. 15. %. Hovedparten af besparelsen kan dog henføres til ændret afregningspraksis i 2016.

Der er på nuværende tidspunkt usikkerhed om fortolkningen af lovgivning på området, og administrationen vil sende en forespørgsel til ministeriet med henblik på afklaring.

Der vurderes sandsynligt, at Region Hovedstaden kan indhente en besparelse ved information om retningslinjerne, som kan påvirke kommunernes praksis og de praktiserende læger i forhold til de borgere, der ikke har behov for ernæringspræparater, men kan nøjes med proteinprodukter, som kan købes i dagligvareforretninger.

Det er usikkert, hvor stor en samlet besparelse Region Hovedstaden yderligere kan realisere, da dette afhænger af tilbagemeldingen fra Sundheds- og Ældreministeriet.

Estimeret besparelеспotentiale

- 4 mio. kr.

Interessenter

- Kommunerne
- Hospitalerne
- Almen praksis
- Region Hovedstadens Apotek
- Apoteker
- Leverandører af ernæringspræparater
- Patienter, som indtager ernæringspræparater

Ressourcer

Det estimerede ressourceforbrug forventes at være 150 timer.

Projektleder

Punkt nr. 14 - Status på "bedre ressourceudnyttelse i praksissektoren"

Morten Kalmstrup, Enhed for Praksisoverenskomster

Bilag 4 - Side -15 af 28

Øvrige ressourcer

Det forventes, at 2-3 projektdeltagere fra Center fra Sundhed skal involveres.



Projektkommissorium for: Analyse af rekviritioner i speciallægepraksis	
Strategisk indsats: Bedre ressourcudnyttelse på praksisområdet	
Ejer: Center for Sundhed	
Udfærdiger: Center for Sundhed, Enhed for Praksisoverenskomster	
Version 2	Dato 11.04.17
Workzone	16047954

Projektdefinition

Projektet skal skabe gennemsigtighed i forhold til, hvilke specifikke medikamenter der kan rekvireres i speciallægepraksis i henhold til overenskomsten.

Baggrund

Overenskomsten vedrørende speciallægehjælps specielle del angiver for hvert af de 17 (i Region Hovedstaden 16) specialer, hvilke typer medikamenter der kan rekvireres i praksis.

Administrationen er blevet opmærksom på, at nogle speciallægepraksis rekvirerer medikamenter, der ikke fremgår af overenskomstens specielle del for det pågældende speciale.

Formål

Formålet med projektet er at skabe gennemsigtighed i forhold til hvilke medikamenter, der i henhold til overenskomsten kan rekvireres i speciallægepraksis samt sikre, at regninger fra apoteker vedrørende medikamenter, der ikke er indeholdt i overenskomsten, ikke bliver honoreret.

Beskrivelse af projektet på politisk niveau

Overenskomsten vedr. speciallægehjælp specificerer hvilke typer af medikamenter, speciallæger kan rekvirere til brug i deres praksis. Hidtidigt har regionen dog betalt for medikamenter, der ikke var nævnt i overenskomsten. Dette projekt vil forsøge at sikre gennemsigtig i forhold til, hvilke medikamenter der kan rekvireres af speciallægepraksis, så medikamenter, der ikke er nævnt i overenskomsten, ikke vil blive honoreret af regionen.

Projektets ønskede leverancer

- Oversigt over medikamenter inklusive ATC-koder, der kan rekvireres i speciallægepraksis. Oversigt sendes til apotekerne i regionen
- Identifikation af speciallæger, der har rekvireret medikamenter, der ikke er i overensstemmelse med overenskomsten
- Fremsætte tilbagebetalingskrav overfor speciallæger, der har rekvireret medikamenter, der ikke er i overensstemmelse med overenskomsten
- Analyse af intern arbejdsgang med henblik på sikring af, at regninger for medikamenter, der ikke kan rekvireres i henhold til overenskomsten, ikke bliver godkendt i regionens afregningssystem

Projektets rammer

Projektets rammer er Overenskomst om speciallægehjælp

Tid

Projektet forventes opstartet i maj 2017

Milepæle

Punkt nr. 14 - Status på "bedre ressourceudnyttelse i praksissektoren"

Bilag 4 - Side 17 af 28

May 2017 – Dataindsamling vedr. rekvisitioner i speciallægepraksis

Juni 2017 – Komplet oversigt over lægemidler, som kan rekvireres af speciallæger, udarbejdes

- Juni 2017: Fremsætte tilbagebetalingskrav over for læger, der uretmæssigt har rekvireret medikamenter
- Juli 2017: Udarbejdelse af liste til apoteker over medikamenter, der kan rekvireres i henhold til overenskomsten
- August 2017: Konkrete forslag til, hvordan det sikres at rekvisitioner overholdes, præsenteres i notat
- August 2017: Analyse af intern arbejdsgang med henblik på sikring af, at ukorrekte regninger ikke bliver godkendt i regionens afregningssystem
- November 2017: Opfølgning på, om der fortsat bliver rekvireret medikamenter, der ikke er i overensstemmelse med overenskomsten

Kvalitet

Kvaliteten af behandlingen i speciallægepraksis forventes at være uændret ved implementering af projektet.

Gevinster

Projektet vil sikre, at der kun bliver rekvireret medikamenter i henhold til overenskomsten, hvilket vil give en økonomisk gevinst. Der vil også foreligge økonomiske gevinster i tilfælde af, at der bliver fremsat tilbagebetalingskrav overfor speciallæger, der har rekvireret medikamenter, der ikke burde betales af regionen.

Estimeret besparelspotentiale

- 1 mio. kr.

Interessenter

- Praktiserende speciallæger
- Apoteker i Region Hovedstaden

Ressourcer

Det forventede ressourcetræk for projektleder er 10 arbejdsdage samt bidrag fra projektdeltager på 5-10 arbejdsdage.

Projektleder

Nina Kagenow Svenstrup, Enhed for Praksisoverenskomster.

Øvrige ressourcer

Der vil være behov for bistand fra farmakologer i Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed.

Punkt nr. 14 - Status på "bedre ressourceudnyttelse i praksissektoren"

Projekt 6: Analyse af medicinområdet for at afdække besparelsespotentiale

Bilag 4 - Side -18 af 28



Projektkommissorium for:
Afklaring af, om der skal igangsættes analyse af medicinområdet, herunder om det skal analyseres, om praksissektoren følger basislistens forslag til valg af lægemidler

Strategisk indsats
Bedre ressourceudnyttelse på praksisområdet

Ejer
Center for Sundhed

Udfærdiger
Center for Sundhed, Enhed for Praksisoverenskomster

Version	Dato
2	11.04.17

Workzone	16047723/16048101

Projektdefinition

Center for Sundhed vil på baggrund af et møde med Klinisk Farmakologisk Afdeling på Bispebjerg Hospital igangsætte en analyse af mulighederne for at påvirke praksissektorens adfærd i forhold til ordination af lægemidler.

Projektet skal afdække mulighederne for at påvirke almen praksis og speciallægepraksis til mere rationel ordinationsadfærd, herunder komme med forslag til fremtidige ændringer i overenskomst om almen praksis og overenskomst om speciallægehjælp med henblik på at afprøve nye incitamentsstrukturer.

Baggrund

Region Hovedstaden bruger årligt ca. 1,6 mia. kroner på tilskud til medicin, og der er i forbindelse med Budgetaftale 2017 derfor peget på medicinområdet som muligt indsatsområde. De seneste analyser af medicinområdet i Region Hovedstaden viser, at der fortsat er et stort potentiale for besparelser og øget kvalitet i praksissektorens medicinordination. Dette ikke mindst i forhold til speciallægepraksis, hvor der ofte vælges nye og dyre lægemidler.

Det blev i en rapport om controlling i almen praksis og speciallægepraksis fra 2014 konkluderet, at det inden for rammerne af de nuværende overenskomster er svært at opfange afvigende ordinationsadfærd. Speciallægerne er ofte subspecialiserede, mens der for almen praksis er risiko for at udtrække de læger, der har de tungeste patientgrupper, og hvor data ikke tager højde for etnicitet og kommunesocialgruppe.

Der arbejdes i regi af KAP-H og Medicinfunktionen ved Klinisk Farmakologisk Afdeling med en række indsatser for at påvirke læger med et afvigende ordinationsmønster, herunder udsendelse af nyhedsbreve, praksisbesøg, temamøder m.v. Ligesom der også i projektet om "Rationel medicinanvendelse i speciallægepraksis" har været anvendt forsøg med en mere kvalitativ tilgang til at påvirke ordinationsmønstret i speciallægepraksis.

Derudover er der regionalt i samarbejde mellem Institut for Rationel Farmakoterapi (IRF) og regionerne udarbejdet www.basislisten.dk, som viser Medicinfunktionens forslag til førstevalg af lægemidler til voksne til de mest almindelige indikationsområder i praksissektoren.

Formål

For at opnå yderligere besparelser på medicinområdet vurderes der behov for at udvide de nuværende muligheder for at påvirke praksissektoren til ændring af ordinationsvaner. Formålet med projektet er at komme med forslag til konkrete indsatser, som kan påvirke alment praktiserende lægers og speciallægers ordinationsadfærd.

Beskrivelse af projektet på politisk niveau

Der er i Region Hovedstaden politisk fokus på at udnytte det store besparelsespotentiale, der findes på lægemiddelområdet i praksissektoren. Organiseringen i praksissektoren rummer dog udfordringer i forhold til regionernes muligheder for at påvirke sektoren. Der vurderes behov for yderligere analyse af mulighederne

Punkt nr. 14 - Status på "bedre ressourceudnyttelse i praksissektoren"

for at påvirke praksissektorens mere rationelle ordinationsadfærd herunder overenskomstændringer med henblik på at afprøve nye incitamentsstrukturer.

Bilag 4 - Side -19 af 28

Projektets ønskede leverancer

Projektet har til formål at levere en analyse af, hvilke konkrete indsatser, som kan påvirke alment praktiserende lægers og speciallægers ordinationsadfærd.

Projektets rammer

Projektets rammer er Overenskomst om almen praksis og Overenskomst om speciallægehjælp.

Tid

Projektet forventes igangsat i maj 2017.

Milepæle:

Maj 2017 – Igangsættelse af analyse

Juni 2017 – Identifikation af relevante indsatsområder

Juli/august 2017 – Afholdelse af møder med relevante aktører

September/oktober 2017 – Udarbejdelse af konkrete forslag til besparende tiltag på medicinområdet

November 2017 - Præsentation af foreslåede tiltag

Kvalitet

- Kvalitetsløft af medicinområdet i både almen praksis og speciallægepraksis
- Bedre patientsikkerhed indenfor lægemiddelområdet i praksissektoren

Gevinster

- Optimering og effektivisering af praksissektorens ordinationsadfærd
- Bedre ressourceudnyttelse
- Besparelse på ordinationer af lægemidler

Estimeret besparelspotentiale

- Endnu ikke estimeret

Interessenter

- Klinisk Farmakologisk Afdeling
- Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed
- Alment praktiserende læger
- Praktiserende speciallæger
- Praktiserende Lægers Organisation (PLO)
- Foreningen af Praktiserende Speciallæger (FAPS)

Ressourcer

Det forventede ressourcetræk forventes at være 360 timer.

Projektleder

Anna Marie Schmidt, Enhed for Praksisoverenskomster

Øvrige ressourcer

Der ønskes ressourcer fra Klinisk Farmakologisk Afdeling og Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed.

Punkt nr. 14 - Status på "bedre ressourceudnyttelse i praksissektoren"

Projekt 9A: Reduktion af udgifter til utensilier til blodprøvetagning
Bilag 4 - Side -20 af 28



Projektkommissorium for:
Reduktion af udgifter til utensilier til blodprøvetagning

Strategisk indsats
Bedre ressourceudnyttelse på praksisområdet

Ejer
Center for Sundhed

Udfærdiger
Center for Sundhed, Enhed for Praksisoverenskomster

Version	Dato
2	11.04.17

Workzone	16048643

Projektdefinition

Projektet skal analysere, om det er muligt at nedbringe udgiften til praksisrekvirerede utensilier til biokemiske analyser.

Baggrund

Praktiserende læger og speciallæger kan i dag rekvirere utensilier til biokemiske analyser via Region Hovedstadens Regionslager.

Ordningen vedr. udlevering af utensilier til biokemiske analyser til praktiserende læger og speciallæger er hidtil blevet varetaget af det tidligere RHEL og Nordsjællands Hospital. I forbindelse med nedlæggelsen af RHEL den 1. januar 2016 blev ordningen vedrørende udlevering af utensilier til biokemiske analyser til praksis samlet på Region Hovedstadens Regionslager. I den forbindelse har Center for Sundhed fået budgettet til utensilierne til biokemiske analyser, der bestilles af de praktiserende læger og speciallæger. Udgiften til praksisrekvirerede utensilier var i 2016 på 4,5 mio. kr.

Udgiften til utensilier ønskes nedbragt betydeligt. For at nå dette mål vil det blandt andet være nødvendigt at afprøve, om det er muligt f.eks. at skære i sortimentet vedrørende utensilier til biokemiske analyser, eller at opnå prisreduktioner ved at gå i udbud med hele eller dele af sortimentslisten.

Formål

Projektets formål er at analysere, om der er mulighed for at indhente besparelser på udgiften til utensilier til biokemiske analyser inden for praksisområdet i Region Hovedstaden.

Beskrivelse af projektet på politisk niveau

Region Hovedstaden afholder hele udgiften til utensilier til blodprøvetagning, som speciallæger og praktiserende læger kan rekvirere. Dette projekt vil analysere, om ordningen kan ændres, således at regionens udgifter til utensilier bliver reduceret.

Projektets ønskede leverancer

- Analyse af udgiften til utensilier til biokemiske analyser fordelt på rekvirenter og varenumre.
- På baggrund af analysen vurderes det, om det er relevant at afprøve et udbud på området eller ændre/formindske sortimentet.

Projektets rammer

En forudsætning er, jf. budgetaftalen for 2015 vedrørende nedlæggelsen af RHEL, at der opretholdes et uændret service- og kvalitetsniveau.

Tid

Projektet forventes at starte i august 2017 og slutte ultimo 2017.

Milepæle

- August 2017 – indhentning af specificeret materiale vedr. utensilier til biokemiske analyser.
- August – september 2017 – udarbejdelse af analyse.

Punkt nr. 14 Status på "bedre ressourceudnyttelse i praksissektoren"

Bilag 4 Side 21 af 28

- Oktober 2017 – afslutning af evt. udbud eller ændring i sortimentliste.
- Oktober – november 2017 – evt. udmelding til rekvisitioner om ændringer.
- December 2017 – afslutning på projekt.

Kvalitet

Kvaliteten overfor borgerne vil ikke blive forringet af projektet.

Gevinster

- Reduktion i udgifter til utensilier

Estimeret besparelspotential

- 0,5-1 mio. kr.

Interessenter

- Logistik- og Forsyningsenheden, Region Hovedstaden
- PLO
- FAPS
- Praktiserende læger
- Praktiserende speciallæger
- De biokemiske hospitalslaboratorier
- Center for Økonomi – CØK
- CEK

Ressourcer

Det estimerede ressourcetræk forventes at være 80 timer.

Projektleder

Søren Jessen Jensen, Enhed for Praksisoverenskomster

Øvrige ressourcer

Medarbejdere i CØK, CSU samt Logistik- og Forsyningsenheden.

 Region Hovedstaden	Projektkommissorium for: Reduktion af udgiftsvækst i forhold til den patologiske og mikrobiologiske praksisdiagnostik	
	Strategisk indsats Bedre ressourceudnyttelse på praksisområdet	
	Ejer Center for Sundhed	
	Udfærdiger Center for Sundhed, Enhed for Praksisoverenskomster	
	Version 1	Dato 26.04.17
	Workzone	Journalnummer 16048393

Projektdefinition

Projektets formål er at reducere den hidtidige udgiftsvækst i forhold til den patologiske og mikrobiologiske praksisdiagnostik.

Baggrund

Center for Sundhed har igennem flere år afregnet patologiske og mikrobiologiske laboratorieydelser med Amager og Hvidovre Hospital samt Herlev og Gentofte Hospital. Laboratorieafregningen har været karakteriseret ved, at der dels har været store fluktuationer i afregningsmønstret fra laboratorierne, dels at udgifterne til diagnostikken er steget væsentligt mere end forudsat i alle årene.

På baggrund af regnskabstal vedrørende 2016 er stigningen i udgifterne til patologisk og mikrobiologisk diagnostik på 14,5 % fra 2015 til 2016. Befolkningsvæksten i regionen er på cirka 1 pct. pr. år, ligesom pris- og lønreguleringen typisk også er på cirka 1 pct. pr. år. Udgifterne til diagnostikken overstiger således markant den forventede stigningstakt på ca. 2 % pr. år.

Center for Sundhed har på baggrund af udgiftsudviklingen brug for at få bedre styringsværktøjer på det patologiske og mikrobiologiske område til at håndtere udgiftsvæksten.

Formål

Formålet med projektet er at få et styringsværktøj, som kan stabilisere udgiftsudviklingen vedrørende den patologiske og mikrobiologiske praksisdiagnostik. Det skal bl.a. ske ved at få et overblik over de udbudte analysepakker inden for mikrobiologien og patologien via kontakt til de systemansvarlige laboratoriekonsulenter og ved at gå i forhandling med laboratoriecheferne om pris/udgiftsreduktioner i forhold til praksisdiagnostikken med henblik på at få nedbragt udgiftsvæksten.

Beskrivelse af projektet på politisk niveau

Laboratorieafregningen har været karakteriseret ved, at der dels har været store fluktuationer i afregningsmønstret fra laboratorierne, dels at udgifterne til diagnostikken er steget væsentligt mere end forudsat i alle årene. Målet med dette projekt er at få et styringsværktøj, som stabiliserer udgiftsudviklingen vedrørende den patologiske og mikrobiologiske praksisdiagnostik.

Projektets ønskede leverancer

- Få overblik over de udbudte analysepakker, som kan rekvireres fra henholdsvis de mikrobiologiske og patologiske hospitalslaboratorier.
- Gå i forhandling med laboratoriecheferne om prisreduktioner i forhold til praksisdiagnostikken med udgangspunkt i analysepakkerne.
- Udarbejde notat om resultatet af forhandlingerne.

Notatet skal endvidere indeholde en belysning af fluktuationerne i afregningen fra laboratorierne samt af det administrative ressourcetræk for henholdsvis hospitalsadministrationerne, regionens centrale bogholderi og CSU's administration i forbindelse med håndteringen af afregningen af den patologiske og mikrobiologiske

Punkt nr. 14 - Status på "bedre ressourceudnyttelse i praksissektoren" Bilag 4 - Side 23 af 28 diagnostik. Projektets rammer Projektets ramme er den budgetramme til diagnostikken, som er udmeldt af CØK i 2015 til hospitalslaboratorierne og CSU i forbindelse med overgang til 50 %'s afregningsprincippet. Tid Projektet opstartes i april 2017 og slutter ultimo 2017. Milepæle • Afholdelse af møde mellem CSU og CØK om de økonomiske udfordringer med praksisdiagnostikken i april 2017 (er afholdt den 7. april 2017). • Kontakt til og evt. afholdelse af møde med systemansvarlige laboratoriekonsulenter om analysepakker i maj 2017. • Afholdelse af forhandlingsmøde med laboratoriechefer for henholdsvis den mikrobiologiske og patologiske diagnostik om reduktion i analysepakker/rabatter m.v. med henblik på besparelser på op til 8 % på praksisdiagnostikken i juni 2017, således at udgiftsvæksten tilnærmer sig befolknings- og PL-udviklingen. • Møde med CØK vedrørende mulige besparelser på den mikrobiologiske og patologiske praksisdiagnostik. • Beslutning om indskrænkning af analysepakker/prisreduktioner inden for den mikrobiologiske og patologiske diagnostik. • Implementering 1. januar 2018 Kvalitet Kvaliteten for borgerne vil ikke blive berørt uanset, hvilken økonomistyringsmodel som anvendes. Gevinster • En ændring af udbuddet af analysepakker samt forhandling om ændrede priser vurderes at kunne give en gevinst på mellem 5-10 mio. kr. pr. år., svarende til en samlet besparelse på mellem 5-8 %. Estimeret besparelspotentiale • 5-10 mio. kr.	Interessenter • Amager og Hvidovre Hospital – mikrobiologisk og patologisk afdelinger • Herlev og Gentofte Hospital – mikrobiologisk og patologiske afdelinger • Center for Økonomi Ressourcer Det forventede ressourcetræk for projektleder er 80 timer. Projektleder Søren Jessen Jensen, Enhed for Praksisoverenskomster Øvrige ressourcer Medarbejdere i CSU, CØK samt Gentofte-Herlev Hospital

 Region Hovedstaden	Projektkommissorium for:	
	Analyse af udgifter til webreq-licenser	
	Strategisk indsats	
	Bedre ressourceudnyttelse på praksisområdet	
	Ejer	
	Center for Sundhed	
	Udfærdiger	
	Center for Sundhed, Enhed for Praksisoverenskomster	
Version		Dato
2		11.04.17
Workzone		Journalnummer 16048570

Projektdefinition

Projektet skal analysere, om det er muligt for CSU at nedbringe udgiften til webreq-licenser.

Baggrund

Webreq er et laboratorierekvireringssystem til læger, speciallæger og hospitaler i Danmark. Kommunikationen mellem praksislægerne og regionens hospitalslaboratorier foregår elektronisk via webreq, som styres og vedligeholdes af Dansk Medicinsk Data Distribution (DMDD).

Laboratorieresultater og rekvisitioner inden for bl.a. biokemi, immunologi, mikrobiologi og patologi kan rekvireres gennem webreq.

De data, som licenserne faktureres efter, tager udgangspunkt i de rekvirenter, som laboratorierne har oprettet i webreq. Et laboratorium vil oprette en rekvirent, hvis vedkommende sender en prøve til laboratoriet via webreq-systemet.

Webreq-licensudgiften afregnes månedligt som en abonnementsordning, hvor der faktureres pr. tilsluttet rekvirent uanset antallet af rekvisitioner. Den samlede udgift for webreq-licenserne er ca. 4,9 mio. kr. i 2016.

Prisen pr. licens er følgende ultimo 2015:

Speciale	Pris pr. rekvirent pr. måned
Biokemi	143,84 kr.
Mikrobiologi	74,79 kr.
Patologi	74,79 kr.

Formål

Formålet med projektet er at analysere, om der er mulighed for at indhente besparelser på udgiften til webreq-licenser inden for praksisområdet i Region Hovedstaden.

Vurderingen er, at udgiften til licenserne kan nedbringes. For at nå dette mål vil det blandt andet være nødvendigt at afprøve, om det er muligt at opnå rabatter på licenserne fra webreq.

Beskrivelse af projektet på politisk niveau

Webreq er et laboratorierekvireringssystem til læger, speciallæger og hospitaler i Danmark. Webreq-licensudgiften afregnes månedligt som en abonnementsordning, hvor der faktureres pr. tilsluttet rekvirent uanset antallet af rekvisitioner. Hvert speciale (biokemi, patologi og mikrobiologi) kræver en separat licens. Projektet skal belyse muligheden for at forhandle rabataftaler i de tilfælde, hvor læger skal have licenser til flere specialer.

Projektets ønskede leverancer

- Analyse af udgiften til webreq-licenser fordelt på rekvirenter inden for områderne biokemi, mikrobiologi og patologi.

Punkt nr. 14 - Status på "bedre ressourceudnyttelse i praksissektoren"

Bilag 4 - Side 25 af 28

- På baggrund af analysen forventes etableret møde med DMDD med henblik på at drøfte muligheden for at opnå rabatter på ydere, som har mere end én webreq-licens.
- Kortlægning af antallet af webreq brugere, som er rekvirenter fra praksisområdet, og om der er andre brugere uden for praksisområdet, som regionen betaler licenser for.

Tid

Projektet forventes at starte i juni 2017 og slutte ultimo 2017.

Milepæle

- Juni 2017 – anmodning om specificeret afregningsmateriale fra webreq
- Juni – september 2017 – udarbejdelse af analyse
- September - oktober 2017 – afholdelse af møde med webreq vedr. rabatter m.v.
- November – december 2017 – afslutning af projekt

Kvalitet

Hverken kvaliteten for borgerne eller yderne vil blive berørt af projektet.

Gevinster

I bedste fald vil projektet medføre, at der opnås en rabat på licensudgifterne til webreq. En rabat på f.eks. 10 % for alle ydere med mere end én licens forventes totalt set at udgøre ca. 0,5 mio. kr.

Derudover skal analysen afdække, om der er rekvirenter, der betales licens for, men som ikke arbejder inden for overenskomsterne for henholdsvis almen- og speciallægepraksis.

Estimeret besparelspotentiale

- 0,5 mio. kr.

Interesserter

- DMDD
- Henholdsvis de biokemiske, mikrobiologiske og patologiske hospitalslaboratorier
- Datakonsulenterne

Ressourcer

Det estimerede ressourcetræk forventes at være 80 timer.

Projektleder

Søren Jessen Jensen, Enhed for Praksisoverenskomster.

Øvrige ressourcer

Medarbejdere fra CØK, CSU og DMDD

Punkt nr. 14 - Status på "bedre ressourceudnyttelse i praksissektoren"

Projekt 10: Effektivisering af praksiskonsulentordninger
Bilag 4 - Side -26 af 28



**Region
Hovedstaden**

Projektkommissorium for: Effektivisering af praksiskonsulentordninger	
Strategisk indsats Bedre ressourceudnyttelse på praksisområdet	
Ejer Center for Sundhed	
Udfærdiger Center for Sundhed, Enhed for Tværsektoriel Udvikling	
Version 2	Dato 11.04.17
Workzone	16050637

Projektdefinition

Projektet skal undersøge, om regionens praksiskonsulentordninger kan effektiviseres og optimeres, uden at det påvirker arbejdet med kvalitetsudviklingen på praksisområderne.

Baggrund

Der er praksiskonsulentordninger på fem af de syv overenskomstområder i praksissektoren: Almen praksis, fodterapi, kiropraktik, fysioterapi og psykologhjælp. Overordnet set er formålet med ordningerne at styrke det tværsektorielle og tværfaglige samarbejde og fungere som bindeled mellem regionen og det praktiserende yderområde i faglige spørgsmål, herunder i relation til kvalitetssikring og udvikling indenfor yderområdets virksomhedsområde. For praksiskonsulenterne på almen praksis (KAP-H) gælder endvidere, at konsulenterne bidrager til udredning og identifikation af problemstillinger i sektorskiftet og agerer som brobyggere og formidlere af informationer mellem almen praksis, hospitaler og psykiatriske centre. KAP-H drives i fællesskab af PLO-H og regionen.

Af nedenstående tabel fremgår antallet af praksiskonsulenter fordelt på yderområder samt udgifter hertil

Honorar på de forskellige overenskomstområder

	Antal praksiskonsulenter	Antal timer om året	Timeløn	Årlige udgifter (løbende priser)
Psykologhjælp	1	360	942	339.020
Fysioterapi	2	690	673	464.690
Kiropraktik	2	368	864	318.020
Fodterapi	2	690	467	322.050
KAP-H	50	8.198	915	7.500.000
I alt	57	10.306		8.943.780

De samlede regionale udgifter til KAP-H udgjorde i 2016 14,4 mio. kr. Heraf udgjorde 7,5 mio. kr. midler til honorering af konsulenter. Det skal bemærkes, at den regionale andel til KAP-H blev reduceret med 0,8 mio. kr. i 2016.

På speciallægeområdet er der afsat 0,5 mio. kr. i 2017 til honorering af de praktiserende speciallægers repræsentation i de såkaldte samarbejdsfora vedr. speciallægepraksis, som skal understøtte samarbejde mellem speciallægepraksis og hospitaler samt almen praksis.

Formål

Projektets formål er at afdække, om de tiltag, der løftes af praksiskonsulenterne, kan optimeres og effektiviseres.

Det vurderes relevant at se på muligheder for effektiviseringer og optimeringer af de eksisterende ordninger, herunder om man kan være mere målrettet ift. konkrete tiltag, som praksiskonsulenterne skal arbejde

Punkt nr. 14 - Status på "bedre ressourceudnyttelse i praksissektoren"

med, således at man optimerer de til rådighed værende timer samtidig med, at man fremmer konkrete udviklingsområder. Man kan også forestille sig, at nogle opgaver som i dag løses i konsulentordningen kan varetages på anden vis fx gennem længerevarende projektansættelser o. lign.

Beskrivelse af projektet på politisk niveau

Formålet med praksiskonsulentordningerne er at styrke det tværsektorielle og tværfaglige samarbejde og fungere som bindeled mellem regionen og det praktiserende yderområde i faglige spørgsmål, herunder i relation til kvalitetssikring og udvikling indenfor yderområdets virksomhedsområde. Det skal undersøges, om praksiskonsulentordningerne kan effektiviseres og optimeres, uden at det går ud over arbejdet med kvalitetsudviklingen på praksisområderne.

Projektets ønskede leverancer

- Afdækning af praksiskonsulentområdet, herunder de evalueringer, der er gennemført af dem.
- Afdækning og beskrivelse af muligheder for effektiviseringer og optimering
- Beskrivelse af konsekvenser ved ændring af praksiskonsulentordningen
- Konkrete forslag til beslutning

Projektets rammer

Projektets rammer er Overenskomst om almen praksis, konsulentaftaler på yderområder samt praksisplaner for yderområderne. PLO-H er medfinansierende af KAP-H i henhold til Overenskomst om almen praksis.

Tid

- Projektforløb frem til juli 2017
- Projektet kan umiddelbart igangsættes ift. indledende analyser af de enkelte konsulentordninger

Kvalitet

Kvaliteten af praksiskonsulenternes arbejde forventes ikke at blive ændret. Kvaliteten af behandling i praksis vil ikke blive ændret,

Gevinster

- At timetal og ansættelsesform for praksiskonsulentordningerne optimeres.

Estimeret besparelеспotentiale

- 0,5 – 1 mio. kr.

Interesserter

- Praksiskonsulenter for de enkelte overenskomstområder
- Almen praksis
- Fysioterapeuter
- Kiropraktorer
- Psykologer
- Fodterapeuter

Ressourcer

Det estimerede ressourcetræk forventes at være 80 timer.

Projektleder

Heidi Mortensen/Mona-Lene Kjærgaard

Øvrige ressourcer

Repræsentanter fra KAP-H

Oversigt over mindre indsatser under "Bedre ressourceudnyttelse på praksisområdet"

REGION

Punkt nr. 14 - Status på "bedre ressourceudnyttelse i praksissektoren"
Bilag 5 - Side -2 af 3

Oversigt over allerede igangsatte initiativer/allerede realiserede besparelser

Initiativ	Besparelspotentiale	Forventet udmøntning af besparelser
Controlling på speciallægeområdet, herunder undersøgelse af brugen af personale i speciallægepraksis uden tilladelse	1,3 mio. kr.	Helårseffekt 2018
Ophør af praksiskandidatordningen på psykologområdet.	3 mio. kr.	Helårseffekt 2018
Forsendelsesydelse på speciallægeområdet honoreres ikke længere, da der er indført afhentningsordning af laboratorieprøver i speciallægepraksis	0,26 mio. kr.	Helårseffekt 2018
Samarbejdsaftale mellem regionen og Bornholms Regionskommune vedr. høreapparatsområdet på Bornholm	1 mio. kr.	Helårseffekt 2018
Udbud af ydelsen ”sterilisation af mand”	0,48 mio. kr.	Helårseffekt 2018
Udbud af ydelsen ”behandling af efterstær med YAG-laser”	1,2 mio. kr.	Helårseffekt 2018
Total	7,2 mio. kr.	Helårseffekt 2018

Oversigt over projekternes resultater under "Bedre ressourceudnyttelse på praksisområdet"

REGION

Punkt nr. 14 - Status på "bedre ressourceudnyttelse i praksissektoren"

Bilag 6 - Side -2 af 3

Projekt 2: Besparelser på fysioterapiområdet

Projektets formål er at sikre, at kapaciteten i fysioterapipraksis ikke udvides uretmæssigt, og at overenskomstens bestemmelser herom overholdes. Administrationen har gennemgået omsætningerne for alle fysioterapeuter i 2016, og har på denne baggrund skrevet til fysioterapeuter, der har haft en markant afvigende omsætning i 2016 eller ikke har haft faldende omsætning på speciale 51 (almen fysioterapi, hvor regionsrådet giver ca. 40 procent af behandlingens pris i tilskud), som opfølgning på aftalen vedr. udgiftsdæmpende tiltag angående brugen af hjælpepersonale på speciale 51, der blev indført med virkning fra 1. september 2016.

Administrationen har i flere tilfælde også anmodet fysioterapeuterne om kopier af regninger for udførte behandlinger, da det er den eneste metode til at se, hvilke fysioterapeuter der har udført behandlingen af patienterne. På baggrund heraf har administrationen kunne konstatere, at flere af de adspurgte fysioterapeuter har benyttet ansatte fysioterapeuter, selv om regionen ikke var orienteret herom, og fysioterapeuterne har således udvidet kapaciteten uden tilladelse hertil. To af disse sager har ført til et tilbagebetalingskrav, mens flere sager har ført til nedjustering af de pågældende fysioterapeuters omsætningsloft. Administrationen arbejder videre med flere af sagerne. Disse sager vil dog ikke kunne blive færdigbehandlet i 2017, hvorfor eventuelle besparelser ikke vil have helårseffekt i 2018.

Projekt 7: Rekvisitioner i speciallægepraksis

Overenskomsten vedr. speciallægehjælp specificerer hvilke typer af medikamenter, speciallæger kan rekvirere til brug i deres praksis. Hittidigt har regionen dog betalt for medikamenter, der ikke var nævnt i overenskomsten.

Med udgangspunkt i data for 2016 har administrationen fået medicinfaglig hjælp til at udarbejde en oversigt over specifikke medikamenter, speciallægerne kan rekvirere. I denne forbindelse har administrationen også fået medicinfaglig bistand til at vurdere omfanget af rekvisitioner, der ikke burde blive honoreret af regionen. På baggrund af den faglige vurdering vurderer administrationen, at der kan indhentes besparelser på 0,5 mio. kr., hvis det sikres, at der ikke rekvireres medicin på regionens regning, som regionen ikke burde betale.

Administrationen påtænker at videreformidle oversigten over, hvilke lægemidler der kan rekvireres på regionens regning, til apoteker og speciallæger for at sikre, at der ikke bliver udleveret medicin til speciallæger på regionens regning, men i stedet skal betales af speciallægen selv.

Projekt 9B: Reduktion af udgiftsvækst vedr. den mikrobiologiske og patologiske praksisdiagnostik

Udgifterne til mikrobiologisk og patologisk praksisdiagnostik (analyse af laboratorieprøver) er de seneste år steget væsentligt mere end forudsat. Administrationen har på denne baggrund undersøgt muligheden for et styringsværktøj, der kan stabilisere udgiftsudviklingen.

Center for Sundhed har foreslået overfor Center for Økonomi, at der skal overgås til rammestyring vedr. udgifterne til praksisdiagnostik i modsætning til den aktivitetsbaserede model (stykaftregning), der anvendes i dag. Ved brug af rammestyring, vil Center for Sundheds udgifter til praksisdiagnostik være fastlagt og kendt på forhånd, hvilket vil give budgetsikkerhed, da laboratorierne ikke vil få flere midler, end den økonomiske fastsatte ramme. Center for Sundhed har derudover foreslået, at der indregnes en effektivisering på 9 mio. kr. i laboratoriernes budget. Center for Økonomi vil i efteråret 2017 komme med en endelig udmelding om den fremtidige styringsmodel.

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Regionens budget for 2017 blev vedtaget af regionsrådet den 20. september 2016. Med henblik på at planlægge det politiske arbejde med implementering af budgettet, gives der her et overblik over de initiativer, som administrationen vil forelægge til politisk behandling samt, hvilke initiativer, der vurderes umiddelbart kan igangsættes på baggrund af den afsluttede politiske behandling af budgetaftalen.

Forretningsudvalget er ansvarlig for ansvarsfordelingen imellem de øvrige udvalg i regionen. Med denne sag tages der stilling til fordelingen af budgetinitiativerne for 2017 på baggrund af den nuværende opgavefordeling mellem udvalgene.

INDSTILLING

Administrationen indstiller over for forretningsudvalget:

- ▮ **at** orienteringen om opfølgning på budgetaftalen for 2017 tages til efterretning.

POLITISK BEHANDLING

Forretningsudvalgets beslutning den 4. oktober 2016:

Godkendt, idet der indarbejdes et punkt under forretningsudvalget om opfølgning på "tillidsdagsorden" samt under udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde, at arbejdet med medicinområdet udvides til andre områder, eksempelvis fysioterapi samt at det tidligere end 2. halvår drøftes med udvalget, hvordan processen tilrettelægges.

Anne Ehrenreich (V) og Henrik Thorup (O) deltog ikke i sagens behandling.

SAGSFREMSTILLING

Initiativer til politisk stillingtagen eller opfølgning

En række initiativer og afsatte midler i budgettet for 2017 kræver nærmere politisk stillingtagen inden implementering. De vil blive forelagt til behandling i de politiske udvalg, hvorunder ansvarområdet er placeret, med henblik på efterfølgende behandling i forretningsudvalget og regionsrådet. Af budgetaftalen for 2017 fremgår ligeledes nogle konkrete opfølgningsskridt for udvalgene. Indeværende sag vil alene se på nye tiltag, der fremgår af budgetaftalen for 2017, og andre elementer såsom Sundhedsplatformen, hospitalsbyggerier mm. er derfor stadig en del af budgettet, men fremgår ikke i indeværende sag.

På baggrund af den planlægning, der kendes på nuværende tidspunkt, vil administrationen forelægge nedenstående sager til politisk behandling og opfølgning. Sager der forelægges til politisk behandling vil indgå som et politikformulerende element i udvalgene, hvor en endelig sag indstilles til regionsrådet, hvorimod sager til politisk opfølgning vil klargøre for administrationens arbejde i forhold til det enkelte initiativ, som en del af udvalgenes politikkontrollerende rolle. Hvor der i budgettet er afsat direkte midler vil dette være nævnt, og der er ligeledes en tidsangivelse, der viser hvornår det forventes, at udvalget vil få forelagt en sag første gang. Den videre behandling af sagen vil herefter tilrettelægges i udvalget.

Sundhedsudvalget (SUND):

Politisk behandling

- ▮ Medicin - med inddragelse af TVÆRS og PSU, forventes forelagt 2. kvartal 2017.
 - ▮ Medicinafhængighed
 - ▮ Etablering af center for udtrapning af unødvendig medicin
 - ▮ Temadag om udtrapning af medicin
- ▮ Mobil behandlingsplads; afsat 6,4 mio. kr. i 2017, forventes forelagt 1. kvartal 2017.

Punkt nr. 15 - Endelig afrapportering vedr. besparelsesprojektet "bedre ressourceudnyttelse på praksisområdet"

Bilag 1 - Side 2 af 4

- ▮ Uddannelsesvarlige læge; forventes forelagt 1. kvartal 2017.
- ▮ Åbne ambulatorier; forventes forelagt 2. kvartal 2017.

Opfølgningspunkter

- ▮ Status for udbredelse af kemoterapi i hjemmet; forventes forelagt 2. kvartal 2017.
- ▮ Strukturelle tiltag for at øge udrednings- og behandlingskapaciteten, som skal indgå i det allerede igangsatte arbejde herom; forventes forelagt oktober 2016.
- ▮ Overbelægning på medicinske afdelinger; følges i den allerede vedtagne opfølgning på analysen vedr. medicinske senge; forelægges løbende.

Udvalget vedrørende tværsektorielt samarbejde (TVÆRS):

Politisk behandling

- ▮ Bedre ressourceudnyttelse på praksisområdet med fokus på medicinpraksis og heraf følgende besparelser; forventes forelagt 2. kvartal 2017.

Psykiatriudvalget (PSU):

Opfølgningspunkter

- ▮ Treårsplan for psykiatrien
 - ▮ Permanentgørelse af Gadeplansteam; afsat 6,7 mio. kr. i 2017-2020.
 - ▮ Recovery-skole permanentførelse og udbredelse; afsat 3 mio. kr. i 2017-2020.
 - ▮ 15 brugerstyrede senge og etablering syv nye åbne senge; afsat 15,7 mio. kr. i 2017.

It- og afbureaukratiseringsudvalget: (ITA)

Politisk behandling

- ▮ Udbygning af It-netværk; afsat 20 mio. kr. i 2017; forventes forelagt 1. kvartal 2017.

Opfølgningspunkter

- ▮ Udbredelse af ambitioner for afbureaukratiseringsprojekter; forventes forelagt 1. kvartal 2017.

Erhvervs- og vækstudvalget (EVU):

Politisk behandling

- ▮ Stærkere innovation - med indragelse af SUND; forventes forelagt 1. kvartal 2017.

Miljø- og trafikudvalget (MTU):

Politisk behandling

- ▮ Analyse af Movias forvaltning af busdriften; afsat 2 mio. kr. i 2017, forventes forelagt ultimo 2016.
- ▮ Trafikseminar om håndteringen af de fremadrettede stigende udgifter til kollektiv transport med henblik på at udarbejde flerårige planer for hele den kollektive trafik; forventes forelagt 1. kvartal 2017.
- ▮ Undersøgelse af muligheder for ny buslinje mellem Amager og Hvidovre Hospital, herunder finansieringssamarbejde med berørte kommuner; forventes forelagt 2. kvartal 2017.

Forretningsudvalget (FU):

Politisk behandling

- ▮ Ressourcepolitikken
 - ▮ Innovative og bæredygtige indkøb; forventes forelagt 1. halvår 2017.
 - ▮ Offentligt-Privat Innovationssamarbejde (OPI) på det medicotekniske område med internationalt perspektiv; forventes forelagt 1. halvår 2017.

Punkt nr. 15 - Endelig afrapportering vedr. besparellesprojektet "bedre ressourceudnyttelse på praksisområdet"

Bilag 1 - Side -3 af 4

- ┆ Center for Ejendomme
 - ┆ Renoveringsprojekter; afsat 73,1 mio. kr., forventes forelagt 2. kvartal.
- ┆ Rigshospitalets hjertecenter - med inddragelse af SUND og ITA; forventes forelagt ultimo 2016.

Opfølgningspunkter

- ┆ Økologisk og sund mad til patienter med fokus på sølvmærkeordningen, herunder kompetenceudvikling af personale; afsat 2,8 mio. kr. i 2017 og 2018, forventes forelagt 1. kvartal 2017.
- ┆ Indarbejdelse af arbejdsmiljø i driftsmålsstyringen; forventes forelagt ultimo 2016.
- ┆ Ny styringsmodel for hospitalerne i 2018 med fokus på sammenhæng og kvalitet; forventes forelagt 1. halvår 2017.
- ┆ Aktivitets- og kapacitetsfremskrivning pr hospital indenfor hvert speciale i et perspektiv frem mod 2025; forventes forelagt 2. kvartal 2017.

Initiativer til igangsætning uden yderligere politisk behandling

Budgetaftalen indholder derudover en række initiativer, som kan implementeres umiddelbart på baggrund af aftaleteksten, de konkrete budgetindspil fra udvalgene eller som en videreførelse af kendte initiativer.

- ┆ Specialiseret palliativ rådgivningsfunktion; afsat 0,8 mio. kr. i 2017-2020, igangsættes 1. kvartal 2017.
- ┆ Akutbil Bornholm; afsat 1,6 mio. kr. i 2017, igangsættes 1. kvartal 2017.
- ┆ Patientvenlige skilte; afsat 5 mio. kr. i 2017, igangsættes 1. kvartal 2017.
- ┆ Etablering af høringsportal på regionh.dk; igangsættes 1. kvartal 2017.
- ┆ Reduktion af medicinske senge; afsat 5 mio. kr. i 2017-2020, igangsættes 1. kvartal 2017.
- ┆ Åbningstiden på akutklinikken Frederiksberg ændres til at have åbent kl. 9-21; igangsættes 1. kvartal 2017.
- ┆ Åbningstiden på Sundhedshus Helsingør ændres til at have åbent kl. 9-21; igangsættes 1. kvartal 2017.
- ┆ Systematisk opfølgning på uddannelsesklausurer; afsat 0,4 mio. kr. i 2017 og 2018, igangsættes 1. kvartal 2017.
- ┆ Analyse af mulighed for systematisk sikring af efteruddannelse af læger; igangsættes 1. kvartal 2017.
- ┆ Analyse af mulighed for større elevoptag i regionen; igangsættes 1. kvartal 2017.
- ┆ Centralisering af administrative opgaver; igangsættes 1. kvartal 2017.
- ┆ Investeringer i apparaturer; afsat 40 mio. kr., forventes forelagt 1. kvartal 2017.

Proces for Budget 2018

Der er i budgetaftalen for 2017 også taget initiativ til en række tiltag, som har indvirkning på rammerne for Budget 2018. Forretningsudvalget vil i primo 2017 få forelagt en sag om den kommende budgetproces, hvor også disse tiltag vil indgå. Herudover vil en række af initiativerne indgå i det første budgetseminar i foråret 2017.

- ┆ Transportanalyse af intern logistik, herunder både varer, prøver og patienttransport.
- ┆ Ressourcestyring og arbejdstilrettelæggelse.
- ┆ Analyse af diagnostiske specialer.

KONSEKVENSER

Forretningsudvalget er ansvarlig for ansvarsfordelingen imellem de øvrige udvalg i regionen og ovenstående budgetinitiativer vil blive fordelt til de respektive udvalg. Dette skal sikre budgetimplementeringen af budget 2017 samt udvalgenes politikformulerende og politikkontrollerende rolle baseret på den nuværende opgavefordeling mellem udvalgene.

RISIKOVURDERING

Administrationen vurderer, at tidsangivelsen for ovenstående initiativer vil være gældende, men der kan eventuelt opstå mindre afvigelser herfra som følge af andre elementer, fx finanslov eller lignende,

Punkt nr. 15 - Endelig afrapportering vedr. besparellesprojektet "bedre ressourceudnyttelse på praksisområdet"

Bilag 1 - Side 4 af 4

get indført den konkrete forlæggelse af det enkelte initiativ. I sådanne tilfælde vil administrationen redegøre herfor i den konkrete forelæggelse.

BEVILLINGSTEKNISKE KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen har ikke i sig selv bevillingstekniske konsekvenser.

KOMMUNIKATION

Ingen særskilt kommunikationsindsats planlagt.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Sagen forelægges forretningsudvalget den 4. oktober 2016.

DIREKTØRPÅTEGNING

Hjalte Aaberg / Jens Gordon Clausen

JOURNALNUMMER

16001238

UDVALGET VEDR. TVÆRSEKTORIET SAMARBEJDE

MØDETIDSPUNKT

23-05-2017 16:15

MØDESTED

Regionsgården mødelokale H7 og H8

MEDLEMMER

Pia Illum	Deltog
Hanne Andersen	Deltog
Bodil Kornbek	Deltog
Per Seerup Knudsen	Deltog
Morten Dreyer	Deltog
Karsten Skawbo-Jensen	Deltog
Per Roswall	Deltog Deltog ikke i punkterne 5-13.
Erik Sejersten	Deltog
Torben Kjær	Deltog

INDHOLDSLISTE

1. Beslutningssag: Bedre ressourceudnyttelse på praksisområdet

Punkt nr. 15 - Endelig afrapportering vedr. besparellesprojektet "bedre ressourceudnyttelse på praksisområdet"

Bilag 2 Side 3 af 7 4.1. BESLUTNINGSSAG: BEDRE RESSOURCEUDNYTTELSE PÅ PRAKSISOMRÅDET

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Forretningsudvalget besluttede på møde den 4. oktober 2016 at tildele ansvaret for behandling af initiativet "Bedre ressourceudnyttelse på praksisområdet med fokus på medicinpraksis og heraf følgende besparelser" til udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde med henblik på efterfølgende behandling i forretningsudvalget og regionsrådet.

Udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde besluttede på mødet den 22. november 2016 at godkende procesplanen for "Bedre ressourceudnyttelse på praksisområdet". På møde den 7. februar 2017 drøftede udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde udkastet til projektkataloget.

På herværende møde forelægges udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde for administrationens endelige forslag til besparelsesindsatser med henblik på efterfølgende behandling i forretningsudvalget den 6. juni og i regionsrådet den 13. juni 2017.

INDSTILLING

Administrationen indstiller, at udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde overfor forretningsudvalget og regionsrådet anbefaler:

- **at** katalog med projektforslag godkendes som grundlag for, at administrationen iværksætter initiativer, der skal realisere besparelser på ca. 30 mio. kr. i 2018 (bilag 1).

POLITISK BEHANDLING

Udvalgets beslutning:

Anbefalet, idet udvalget bemærker:

1. at budgetforslag nr. 3 om forsøg med "ingen lægehenviisning" til fysioterapeut og budgetforslag nr. 4 om fremmedsprogstolkning i praksissektoren i sag nr. 5 er indeholdt i initiativerne, der indgår i sagen med forslag til bedre ressourceudnyttelse på praksisområdet, og
2. at udvalget ønsker et kvalitetsløft på fodterapiområdet inden for overenskomstens rammer, som det er aftalt i telesårprojektet i Region Hovedstaden i regi af praksisplanen for fodterapi.

Udvalget tilkendegav under drøftelsen, at der i arbejdet med projekt 8 om analyse af medicinområdet også ønskes fokus på ophør af medicin, hvilket bør indtænkes, når det videre forløb beskrives.

Udvalget har ikke taget stilling til, om de i sagen beskrevne besparelser kan opnås, idet analyserne ikke er foretaget. Resultaterne af analyserne i projektkataloget er derfor aftalt forelagt udvalget, når de foreligger.

Herudover blev der spurgt afklarende ind til flere beskrevne projekter. Der blev således redegjort for, at besparelsen på høreapparatområdet på Bornholm er relateret til en aftale med Bornholms Regionskommune, der medfører en samlet besparelse for regionen. Endvidere blev redegjort for, at de tre nævnte speciallægepraksis ikke vedrører Bornholm, samt at formålet med etablering af direkte adgang til udvalgte specialer indenfor for speciallægehjælp er tænkt som henvisning fra hospitaler eller mellem speciallægepraksis, således at der etableres et sammenhængende patientforløb.

SAGSFREMSTILLING

Der er i Budgetaftalen for 2017 fokus på besparelser i praksissektoren, og i henhold til budgetaftalen skal der findes besparelser på 30 mio. kr. i 2018.

I Budgetaftalen 2017 står det beskrevet, at regionen inviterer de praktiserende læger, speciallæger m.fl. til dialog for i fællesskab at identificere muligheder for, hvordan ressourcerne bedre kan udnyttes, samt hvordan der kan opnås mere hensigtsmæssige patientforløb i praksissektoren. Administrationen har på denne baggrund inviteret de faglige medlemmer af samarbejdsudvalgene fra samtlige ydergrupper til

Punkt nr. 15 - Endelig afrapportering vedr. besparellesprojektet "bedre ressourceudnyttelse på praksisområdet"

Bilag 2 - Side 4 af 7

Dialogmødet blev afholdt med samarbejdsudvalget vedr. almen praksis, speciallægehjælp, kiropraktik, tandlægehjælp samt fysioterapi. De faglige medlemmer af samarbejdsudvalget vedr. psykologhjælp har takket nej til invitationen. De faglige medlemmer af samarbejdsudvalget vedr. fodterapi har ikke haft mulighed for at prioritere et dialogmøde, hvorfor de i stedet har fremsendt et skriftligt forslag til besparelser.

Administrationen har afholdt opfølgende dialogmøder med samarbejdsudvalgene vedr. almen praksis, speciallægehjælp samt fysioterapi. Opfølgning på indledende dialogmøder har foregået skriftligt med samarbejdsudvalgene vedr. kiropraktik samt tandlægehjælp. På både opfølgende dialogmøder og den skriftlige dialog har de faglige medlemmer af samarbejdsudvalgene og administrationen kvalificeret de projektforslag, der fremkom på det indledende møde samt aftalt modeller for, hvordan de konkrete initiativer gribes an.

På baggrund af ovenstående input tegner der sig et billede af et besparellespotentiale på især tandlæge-, speciallæge- samt fysioterapiområdet. Derudover vil fokus hovedsageligt ligge på øvrige praksisrelaterede udgifter, eksempelvis laboratorieområdet og ernæringspræparater.

En oversigt over projektidéer ses nedenfor. Det samlede projektkatalog fremgår af bilag 1.

Projekt 1. Økonomisk potentiale ved etablering af direkte adgang til fysioterapi uden henvisning

Projektet skal undersøge, om det vil være omkostningseffektivt at etablere direkte adgang til fysioterapi samtidigt med, at patientforløbet optimeres, idet der sker en simplificering af henvisningspraksis.

Besparellespotentiale: 0-3 mio. kr.

Projekt 2: Besparelser på fysioterapiområdet

Projektet består af tre delprojekter med fokus på

- a) Brugen af vikarer
- b) Brugen af hjælpepersonale
- c) Indsats overfor fysioterapeuter med markant udvikling i omsætningen.

På baggrund af tidligere controllerindsatser vurderes det, at der er fysioterapeuter, der ikke anvender overenskomsten korrekt i forhold til ovennævnte punkter og derved udvider kapaciteten uden hjemmel i overenskomsten.

Besparellespotentiale: 4 mio. kr.

Projekt 3: Besparelser på tandlægeområdet

Projektet skal undersøge tandlægenes ydelsesmønster og patienternes indplacering i farvekategorierne grøn, gul og rød for derved at skabe viden om, hvordan regionen kan reducere udgifterne ved en målrettet indsats. Projektet skal derudover understøtte overenskomstforhandlingerne på tandlægeområdet.

Besparellespotentiale: Et endeligt besparellespotentiale kan først estimeres, når de nye overenskomstforhandlingerne er faldet på plads, og regionen får kendskab til aftalen om økonomiprotokollatet i den nye overenskomst. Besparellespotentialet i forbindelse med øvrige indsatser på tandlægeområdet vurderes til at være **0,5 mio. kr.**

Projekt 4: Økonomisk potentiale ved etablering af direkte adgang til udvalgte specialer inden for speciallægehjælp

Projektet skal undersøge, om der er andre specialer end ørelægehjælp og øjenlægehjælp, hvor det vil være hensigtsmæssigt at etablere direkte adgang samtidigt med, at patientforløbet optimeres, idet der sker en simplificering af henvisningspraksis.

Besparellespotentiale: 0-3 mio. kr.

Projekt 5: Analyse af kapacitet og ressourceudnyttelse i speciallægepraksis

Punkt nr. 15 - Endelig afrapportering vedr. besparelserprojektet "bedre ressourceudnyttelse på praksisområdet"

Bilag 2, Side 5 af 7
Projektet skal undersøge, om kapaciteten på speciallægeområdet er hensigtsmæssigt dimensioneret, og om kapaciteten udnyttes optimalt.

Besparelspotentiale: Perspektivet i forhold til dette projekt er mere langsigtet. Skal speciallægekapa-
citeten reduceres, medfører det på kort sigt en udgift for regionen i forbindelse med
opkøb af praksis. Det langsigtede besparelspotentiale estimeres til at være **0-5 mio. kr.**

Projekt 6: Ændret praksis for udlevering og ordination af ernæringspræparater

Region Hovedstaden har i de seneste år oplevet en stor stigning i udgifterne til ernæringspræparater. Projektet skal belyse nuværende praksis og lovgivning for udlevering og ordination af ernæringspræparater med henblik på at identificere indsatser, som kan reducere Region Hovedstadens udgifter på området.

Besparelspotentiale: 4 mio. kr.

Projekt 7: Rekvisitioner i speciallægepraksis

Overenskomst vedr. speciallægehjælp specificerer, hvilke typer af medikamenter speciallæger kan rekvirere til brug i deres praksis. Hittidigt har regionen betalt for medikamenter, der ikke direkte er nævnt i overenskomsten. Dette projekt vil forsøge at sikre gennemsigtighed i forhold til hvilke medikamenter, der kan rekvireres af speciallægepraksis, så medikamenter der ikke er nævnt i overenskomsten, ikke vil blive honoreret af regionen.

Besparelspotentiale: 1 mio. kr.

Projekt 8: Analyse af medicinområdet

Der er i Region Hovedstaden politisk fokus på at udnytte det store besparelspotentiale, der findes på lægemiddelområdet i praksissektoren. Organiseringen i praksissektoren rummer dog udfordringer i forhold til regionernes muligheder for at påvirke udgifterne. Der vurderes behov for yderligere analyse af mulighederne for at påvirke praksissektoren til en mere rationel ordinationsadfærd, herunder overenskomsthændringer med henblik på at afprøve nye incitamentsstrukturer.

Besparelspotentiale: Endnu ikke estimeret.

Projekt 9: Indsatser på laboratorieområdet

Projektet består af tre delprojekter med fokus på:

- a) Reduktion af udgifter til utensilier til blodprøvetagning i almen praksis og speciallægepraksis.
- b) Reduktion i udgiftsvækst i forhold til den patologiske og mikrobiologiske diagnostik.
- c) Reduktion af udgifter til licenser til webreq.

Besparelspotentiale: 9 mio. kr.

Projekt 10: Effektivisering af praksiskonsulentordninger

Projektet skal undersøge, om praksiskonsulentordningerne kan effektiviseres og optimeres, uden det påvirker kvalitetsudviklingen på praksisområderne.

Besparelspotentiale: 0,5-1 mio. kr.

Ovennævnte projekter vurderes samlet set til at realisere besparelser på **minimum 19 mio. kr.**

Øvrige mindre indsatser til udredning

Ud over større indsatser, som er indskrevet i projektform, er der på baggrund af dialogmøderne også fremkommet foreslag til følgende mindre indsatser.

- ▮ Blodprøvetagning i speciallægepraksis i stedet for henvisning til almen praksis herom.
- ▮ Afdækning af brugen af personale (assisterende speciallæger, vikarer og andet hjælpepersonale) i speciallægepraksis.
- ▮ Operationer, der ligger i en gråzone i forhold til, om de er kosmetiske.
- ▮ Regional vejledning om kriterier for henvisning til almen fysioterapi.

Punkt nr. 15 - Endelig afrapportering vedr. besparellesprojektet "bedre ressourceudnyttelse på praksisområdet"

Bilag 2 - Side 6 af 7

- Udgivelsesplan i forbindelse med udbud på henvisningshotellet.
- Udredning om, hvorvidt der bliver udført dublerende EKG'er på patienter med kronisk sygdom, hvor patienter tilses både i almen praksis og hospitalsambulatorium.
- Ændring af apotekeraftalen.
- Omsætningskontrol på psykologområdet.

Hvad angår mindre indsatser, vurderes indsatsen vedr. brugen af personale i speciallægepraksis og omsætningskontrol på psykologområdet at have det største besparellespotentiale. Det samlede besparellespotentiale for øvrige indsatser vurderes til at være i alt **5,5 mio. kr.**

Allerede igangsatte initiativer

Af bilag 2 fremgår en oversigt over initiativer, som administrationen allerede har igangsat eller afsluttet. Initiativerne er afsluttet efter en foranalyse, der har vist, at der ikke var et besparellespotentiale. Allerede igangsatte initiativer indebærer blandt andet ændring af høreapparataftalen på Bornholm, samt at tre kapaciteter på speciallægeområdet (2 fuldtidskapaciteter samt en overlægepraksis) ikke genopslås, hvilket i alt forventes at realisere en besparelse på **knap 6 mio. kr.**

Udviklingsprojekter

Administrationen arbejder derudover videre med udviklingsprojekter, der forventeligt ikke vil kunne bidrage til besparelser i 2018, men som vil kunne mindske udgifterne til praksissektoren på længere sigt. Det drejer sig om:

- Videotolkning i praksissektoren. Administrationen er ved at undersøge muligheden for at implementere en ny og webbaseret videoløsning, der kan køre direkte via lægens egen pc og ikke kræver installation af udstyr eller licenser. Løsningen minder om en skype-løsning, hvor to brugere får kontakt via en browser. Løsningsmodellen har en meget lav omkostning pr. bruger. Løsningsmodellen er dog stadig under afklaring og afventer en sikkerhedsgodkendelse. Administrationen vurderer dog, at løsningen bliver tilgængelig inden for den nærmeste fremtid.
- Sundhedsforsikrings indflydelse på behandlingsniveau i kiropraktorpraksis, fysioterapipraksis samt psykologpraksis.

Samlet besparellespotentiale

Af nedenstående tabel fremgår en samlet oversigt over besparellespotentialet for initiativerne under "bedre ressourceudnyttelse på praksisområdet".

Initiativ	Estimeret besparellespotentiale
10 projekter	19 mio. kr.
Mindre indsatser	5,5 mio. kr.
Allerede igangsatte initiativer	5,8 mio. kr.
Total	30,3 mio. kr.

Allerede igangsatte initiativer forventes således at bidrage med en besparelse på knap 6 mio. kr, de ti større projekter vurderes til at bidrage med en besparelse på minimum 19 mio kr., mens øvrige, mindre indsatser forventes at realisere en besparelse på 5,5 mio kr. Samlet set vurderer administrationen, at der kan opnås besparelser på ca. 30 mio. kr. i 2018.

KONSEKVENSER

Såfremt regionsrådet godkender indstillingen, vil administrationen iværksætte initiativer, som samlet set vurderes at medføre besparelser på ca. 30. mio. kr., som beskrevet i projektkataloget.

RISIKOVURDERING

Administrationen har haft fokus på initiativer, der ikke vil påvirke den patientoplevede kvalitet. Tværtimod indeholder en del projekter og mindre indsatser et ønske om forenklet patientforløb med færre kontakter. Dette gælder blandt andet projekterne vedrørende etablering af direkte adgang til fysioterapi og speciallægehjælp. Gennemførelsen af nogle af projekterne kan dog få indflydelse på

Punkt nr. 15 - Endelig afrapportering vedr. besparelserprojektet "bedre ressourceudnyttelse på praksisområdet"

Bilag 2 - Side 7 af 7

gentaget for projekterne eksempelvis i forbindelse med optimering af kapaciteten i speciallægepraksis.

Administrationen forventer at opnå en besparelse på minimum 30 mio. kr. i 2018, men besparelspotentialet er estimeret på baggrund af indledende analyser på de pågældende områder. For nogle af projekterne kan det ske, at besparelspotentiale ikke kan realiseres grundet eksempelvis lovgivning på området. Dette gælder blandt andet for projekterne vedrørende etablering af direkte adgang (bortfald af henvisningskrav), hvor det gælder, at Sundhedslovens bestemmelser om henvisning skal ændres, førend disse projekter succesfuldt kan gennemføres. Der er således en risiko for, at disse projekter ikke kan gennemføres.

BEVILLINGSTEKNISKE KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen vil betyde, at administrationen iværksætter initiativer, som samlet set vurderes at medføre besparelser på ca. 30 mio. kr. i 2018. På baggrund af projekterne skal budgettet for praksisområdet korrigeres med 30 mio. kr. i 2018, jf. budgetaftale 2017.

KOMMUNIKATION

Det foreslås, at der forberedes en kommunikationsindsats rettet mod ydergrupperne, når projektkataloget er godkendt af regionsrådet.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Sagen forelægges forretningsudvalget den 6. juni 2017 og regionsrådet den 13. juni 2017.

DIREKTØRPÅTEGNING

Hjalte Aaberg / Svend Hartling

JOURNALNUMMER

16042833

BILAGSFORTEGNELSE

- 1. Udkast til projektkatalog
- 2. Oversigt over igangværende initiativer til TVÆRS
- 3. FU protokol, budgetsag
- 4. TVÆRS protokol, proces sag
- 5. TVÆRS procesplan

REGIONSRÅDSMØDE

MØDETIDSPUNKT

13-06-2017 17:00

MØDESTED

REGIONSRÅDSSALEN

MEDLEMMER

Punkt nr. 15 - Endelig afrapportering vedr. besparellesprojektet "bedre ressourceudnyttelse på praksisområdet"

Bilag 3 - Side 2 af 8

Sophia Bæk	
Andersen	
Leila Lindén	
Özkan Kocak	Fraværende ved sag 28-30 og tillægssdagsorden
Flemming Pless	
Erik R. Gregersen	Afbud Stedfortræder Carsten Holt
Hanne Andersen	Fraværende ved sag 8
Per Seerup Knudsen	
Susanne Due Kristensen	
Lars Gaardhøj	
Marianne Stendell	
Bodil Kornbek	
Pia Illum	
Vagn Majland	Fraværende ved sag 21 og 22
Charlotte Fischer	
Karin Friis Bach	Afbud Stedfortræder Godwin Lartey Lawson
Abbas Razvi	Fraværende ved sag 25-30 og tillægssdagsorden
Per Tærsebøl	
Hans Toft	Afbud Stedfortræder Helene Frausing
Karsten Skawbo-Jensen	Fraværende ved sag 11
Lene Kaspersen	Afbud Stedfortræder Christoffer Reinhardt
Erik Lund	Fraværende ved sag 28-30 og tillægssdagsorden
Lise Müller	Fraværende ved sag 6-30 og tillægssdagsorden
Jens Mandrup	
Niels Højby	Fraværende ved sag 30 og tillægssdagsorden
Henrik Thorup	Fraværende ved sag 12 og 13
Katrine Vendelbo Dencker	Afbud Stedfortræder Rita Rahbek
Morten Dreyer	Fraværende ved sag 14 og 15
Ole S. Nielsen	
Martin Geertsen	Fraværende ved sag 11-30 og tillægssdagsorden
Bergur Løkke Rasmussen	
Carsten Scheibye	Fraværende ved sag 18-20
Randi Mondorf	Fraværende ved sag 11, 28,29
Anne Ehrenreich	
Ole Stark	
Per Roswall	
Erik Sejersten	
Susanne Langer	Fraværende ved sag 12-30 og tillægssdagsorden
Torben Kjær	
Annie Hagel	
Tormod Olsen	Fraværende ved sag 12-30 og tillægssdagsorden
Marianne Frederik	

INDHOLDSLISTE

21. Bedre ressourceudnyttelse på praksisområdet

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Forretningsudvalget besluttede på møde den 4. oktober 2016 at tildele ansvaret for behandling af initiativet "Bedre ressourceudnyttelse på praksisområdet med fokus på medicinpraksis og heraf følgende besparelser" til udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde med henblik på efterfølgende behandling i forretningsudvalget og regionsrådet.

Udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde besluttede på mødet den 22. november 2016 at godkende procesplanen for "Bedre ressourceudnyttelse på praksisområdet". På møde den 7. februar 2017 drøftede udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde udkastet til projektkataloget.

På herværende møde forelægges udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde for administrationens endelige forslag til besparelsesindsatser med henblik på efterfølgende behandling i forretningsudvalget den 6. juni og i regionsrådet den 13. juni 2017.

INDSTILLING

Forretningsudvalget anbefaler over for regionsrådet:

- 1. at katalog med projektforslag godkendes som grundlag for, at administrationen iværksætter initiativer, der skal realisere besparelser på ca. 30 mio. kr. i 2018 (bilag 1).

POLITISK BEHANDLING

Udvalget vedr. tværsektorielt samarbejdes beslutning den 23. maj 2017:

Anbefalet, idet udvalget bemærker:

1. at budgetforslag nr. 3 om forsøg med "ingen lægehenviisning" til fysioterapeut og budgetforslag nr. 4 om fremmedsprogstolkning i praksissektoren i sag om forslag vedrørende budget 2018 er indeholdt i initiativerne, der indgår i sagen med forslag til bedre ressourceudnyttelse på praksisområdet, og
2. at udvalget ønsker et kvalitetsløft på fodterapiområdet inden for overenskomstens rammer, som det er aftalt i telesårprojektet i Region Hovedstaden i regi af praksisplanen for fodterapi.

Udvalget tilkendegav under drøftelsen, at der i arbejdet med projekt 8 om analyse af medicinområdet også ønskes fokus på ophør af medicin, hvilket bør indtænkes, når det videre forløb beskrives. Udvalget har ikke taget stilling til, om de i sagen beskrevne besparelser kan opnås, idet analyserne ikke er foretaget. Resultaterne af analyserne i projektkataloget er derfor aftalt forelagt udvalget, når de foreligger. Herudover blev der spurgt afklarende ind til flere beskrevne projekter. Der blev således redegjort for, at besparelsen på høreapparatområdet på Bornholm er relateret til en aftale med Bornholms Regionskommune, der medfører en samlet besparelse for regionen. Endvidere blev redegjort for, at de tre nævnte speciallægepraksis ikke vedrører Bornholm, samt at formålet med etablering af direkte adgang til udvalgte specialer indenfor for speciallægehjælp er tænkt som henvisning fra hospitaler eller mellem speciallægepraksis, således at der etableres et sammenhængende patientforløb.

Forretningsudvalgets beslutning den 6. juni 2017:

Anbefalet.

Regionsrådets beslutning den 13. juni 2017:

Godkendt.

Erik R. Gregersen (A), Vagn Majland (A), Karin Friis Bach (B), Hans Toft (C), Lene Kaspersen (C), Lise Müller (F), Katrine Vendelbo Dencker (O), Martin Geertsen (V), Susanne Langer (Ø) og Tormod Olsen (Ø) deltog ikke i sagens behandling.

Som stedfortrædere deltog Carsten Holt (A), Godwin Lartey Lawson (B), Helene Frausing (C),

Punkt nr. 15 - Endelig afrapportering vedr. besparelserprojektet "bedre ressourceudnyttelse på praksisområdet"

Bilag 3 - Side 5 af 8
Christine Busch Reinhardt (C) og Rita Rahbek Russell (O).

SAGSFREMSTILLING

Der er i Budgetaftalen for 2017 fokus på besparelser i praksissektoren, og i henhold til budgetaftalen skal der findes besparelser på 30 mio. kr. i 2018.

I Budgetaftalen 2017 står det beskrevet, at regionen inviterer de praktiserende læger, speciallæger m.fl. til dialog for i fællesskab at identificere muligheder for, hvordan ressourcerne bedre kan udnyttes, samt hvordan der kan opnås mere hensigtsmæssige patientforløb i praksissektoren. Administrationen har på denne baggrund inviteret de faglige medlemmer af samarbejdsudvalgene fra samtlige ydergrupper til dialogmøde. Der har været afholdt dialogmøde med samarbejdsudvalget vedr. almen praksis, speciallægehjælp, kiropaktik, tandlægehjælp samt fysioterapi. De faglige medlemmer af samarbejdsudvalget vedr. psykologhjælp har takket nej til invitationen. De faglige medlemmer af samarbejdsudvalget vedr. fodterapi har ikke haft mulighed for at prioritere et dialogmøde, hvorfor de i stedet har fremsendt et skriftligt forslag til besparelser.

Administrationen har afholdt opfølgende dialogmøder med samarbejdsudvalgene vedr. almen praksis, speciallægehjælp samt fysioterapi. Opfølgning på indledende dialogmøder har foregået skriftligt med samarbejdsudvalgene vedr. kiropaktik samt tandlægehjælp. På både opfølgende dialogmøder og den skriftlige dialog har de faglige medlemmer af samarbejdsudvalgene og administrationen kvalificeret de projektforslag, der fremkom på det indledende møde samt aftalt modeller for, hvordan de konkrete initiativer gribes an.

På baggrund af ovenstående input tegner der sig et billede af et besparelspotentiale på især tandlæge-, speciallæge- samt fysioterapiområdet. Derudover vil fokus hovedsageligt ligge på øvrige praksisrelaterede udgifter, eksempelvis laboratorieområdet og ernæringspræparater.

En oversigt over projektidéer ses nedenfor. Det samlede projektkatalog fremgår af bilag 1.

Projekt 1. Økonomisk potentiale ved etablering af direkte adgang til fysioterapi uden henvisning

Projektet skal undersøge, om det vil være omkostningseffektivt at etablere direkte adgang til fysioterapi samtidigt med, at patientforløbet optimeres, idet der sker en simplificering af henvisningspraksis.

Besparelspotentiale: 0-3 mio. kr.

Projekt 2: Besparelser på fysioterapiområdet

Projektet består af tre delprojekter med fokus på

- a) Brugen af vikarer
- b) Brugen af hjælpepersonale
- c) Indsats overfor fysioterapeuter med markant udvikling i omsætningen.

På baggrund af tidligere controllerindsatser vurderes det, at der er fysioterapeuter, der ikke anvender overenskomsten korrekt i forhold til ovennævnte punkter og derved udvider kapaciteten uden hjemmel i overenskomsten.

Besparelspotentiale: 4 mio. kr.

Projekt 3: Besparelser på tandlægeområdet

Projektet skal undersøge tandlægenes ydelsesmønster og patienternes indplacering i farvekategorierne grøn, gul og rød for derved at skabe viden om, hvordan regionen kan reducere udgifterne ved en målrettet indsats. Projektet skal derudover understøtte overenskomstforhandlingerne på tandlægeområdet.

Besparelspotentiale: Et endeligt besparelspotentiale kan først estimeres, når de nye overenskomstforhandlingerne er faldet på plads, og regionen får kendskab til aftalen om økonomiprotokollatet i den nye overenskomst. Besparelspotentialet i forbindelse med øvrige indsatser på tandlægeområdet vurderes til at være **0,5 mio. kr.**

Punkt nr. 15 - Endelig afrapportering vedr. besparellesprojektet "bedre ressourceudnyttelse på praksisområdet"

Bilag 3 - Side -6 af 8

Projekt 4: Økonomisk potentiale ved etablering af direkte adgang til udvalgte specialer inden for speciallægehjælp

Projektet skal undersøge, om der er andre specialer end ørelægehjælp og øjenlægehjælp, hvor det vil være hensigtsmæssigt at etablere direkte adgang samtidigt med, at patientforløbet optimeres, idet der sker en simplificering af henvisningspraksis.

Besparellespotentiale: 0-3 mio. kr.

Projekt 5: Analyse af kapacitet og ressourceudnyttelse i speciallægepraksis

Projektet skal undersøge, om kapaciteten på speciallægeområdet er hensigtsmæssigt dimensioneret, og om kapaciteten udnyttes optimalt.

Besparellespotentiale: Perspektivet i forhold til dette projekt er mere langsigtet. Skal speciallægekapaciteten reduceres, medfører det på kort sigt en udgift for regionen i forbindelse med opkøb af praksis. Det langsigtede besparellespotentiale estimeres til at være **0-5 mio. kr.**

Projekt 6: Ændret praksis for udlevering og ordination af ernæringspræparater

Region Hovedstaden har i de seneste år oplevet en stor stigning i udgifterne til ernæringspræparater. Projektet skal belyse nuværende praksis og lovgivning for udlevering og ordination af ernæringspræparater med henblik på at identificere indsatser, som kan reducere Region Hovedstadens udgifter på området.

Besparellespotentiale: 4 mio. kr.

Projekt 7: Rekvisitioner i speciallægepraksis

Overenskomst vedr. speciallægehjælp specificerer, hvilke typer af medikamenter speciallæger kan rekvirere til brug i deres praksis. Hidtidigt har regionen betalt for medikamenter, der ikke direkte er nævnt i overenskomsten. Dette projekt vil forsøge at sikre gennemsigtighed i forhold til hvilke medikamenter, der kan rekvireres af speciallægepraksis, så medikamenter der ikke er nævnt i overenskomsten, ikke vil blive honoreret af regionen.

Besparellespotentiale: 1 mio. kr.

Projekt 8: Analyse af medicinområdet

Der er i Region Hovedstaden politisk fokus på at udnytte det store besparellespotentiale, der findes på lægemiddelområdet i praksissektoren. Organiseringen i praksissektoren rummer dog udfordringer i forhold til regionernes muligheder for at påvirke udgifterne. Der vurderes behov for yderligere analyse af mulighederne for at påvirke praksissektoren til en mere rationel ordinationsadfærd, herunder overenskomstændringer med henblik på at afprøve nye incitamentsstrukturer.

Besparellespotentiale: Endnu ikke estimeret.

Projekt 9: Indsatser på laboratorieområdet

Projektet består af tre delprojekter med fokus på:

- a) Reduktion af udgifter til utensilier til blodprøvetagning i almen praksis og speciallægepraksis.
- b) Reduktion i udgiftsvækst i forhold til den patologiske og mikrobiologiske diagnostik.
- c) Reduktion af udgifter til licenser til webreq.

Besparellespotentiale: 9 mio. kr.

Projekt 10: Effektivisering af praksiskonsulentordninger

Projektet skal undersøge, om praksiskonsulentordningerne kan effektiviseres og optimeres, uden det påvirker kvalitetsudviklingen på praksisområderne.

Besparellespotentiale: 0,5-1 mio. kr.

Ovennævnte projekter vurderes samlet set til at realisere besparelser på **minimum 19 mio. kr.**

Punkt nr. 15 - Endelig afrapportering vedr. besparellesprojektet "bedre ressourceudnyttelse på praksisområdet"

Bilag 3 - Side -7 af 8

Øvrige mindre indsatser til udredning

Ud over større indsatser, som er indskrevet i projektform, er der på baggrund af dialogmøderne også fremkommet foreslag til følgende mindre indsatser.

- ▮ Blodprøvetagning i speciallægepraksis i stedet for henvisning til almen praksis herom.
- ▮ Afdækning af brugen af personale (assisterende speciallæger, vikarer og andet hjælpepersonale) i speciallægepraksis.
- ▮ Operationer, der ligger i en gråzone i forhold til, om de er kosmetiske.
- ▮ Regional vejledning om kriterier for henvisning til almen fysioterapi.
- ▮ Udgiftsreduktion i forbindelse med udbud på henvisningshotellet.
- ▮ Udredning om, hvorvidt der bliver udført dublerende EKG'er på patienter med kronisk sygdom, hvor patienter tilses både i almen praksis og hospitalsambulatorium.
- ▮ Ændring af apotekeraftalen.
- ▮ Omsætningskontrol på psykologområdet.

Hvad angår mindre indsatser, vurderes indsatsen vedr. brugen af personale i speciallægepraksis og omsætningskontrol på psykologområdet at have det største besparellespotentiale. Det samlede besparellespotentiale for øvrige indsatser vurderes til at være i alt **5,5 mio. kr.**

Allerede igangsatte initiativer

Af bilag 2 fremgår en oversigt over initiativer, som administrationen allerede har igangsat eller afsluttet. Initiativerne er afsluttet efter en foranalyse, der har vist, at der ikke var et besparellespotentiale. Allerede igangsatte initiativer indebærer blandt andet ændring af høreapparataftalen på Bornholm, samt at tre kapaciteter på speciallægeområdet (2 fuldtidskapaciteter samt en overlægepraksis) ikke genopslås, hvilket i alt forventes at realisere en besparelse på **knap 6 mio. kr.**

Udviklingsprojekter

Administrationen arbejder derudover videre med udviklingsprojekter, der forventeligt ikke vil kunne bidrage til besparelser i 2018, men som vil kunne mindske udgifterne til praksissektoren på længere sigt. Det drejer sig om:

- ▮ Videotolkning i praksissektoren. Administrationen er ved at undersøge muligheden for at implementere en ny og webbaseret videoløsning, der kan køre direkte via lægens egen pc og ikke kræver installation af udstyr eller licenser. Løsningen minder om en skype-løsning, hvor to brugere får kontakt via en browser. Løsningsmodellen har en meget lav omkostning pr. bruger. Løsningsmodellen er dog stadig under afklaring og afventer en sikkerhedsgodkendelse. Administrationen vurderer dog, at løsningen bliver tilgængelig inden for den nærmeste fremtid.
- ▮ Sundhedsforsikrings indflydelse på behandlingsniveau i kiropaktorpraksis, fysioterapipraksis samt psykologpraksis.

Samlet besparellespotentiale

Af nedenstående tabel fremgår en samlet oversigt over besparellespotentiallet for initiativerne under "bedre ressourceudnyttelse på praksisområdet".

Initiativ	Estimeret besparellespotentiale
10 projekter	19 mio. kr.
Mindre indsatser	5,5 mio. kr.
Allerede igangsatte initiativer	5,8 mio. kr.
Total	30,3 mio. kr.

Allerede igangsatte initiativer forventes således at bidrage med en besparelse på knap 6 mio. kr, de ti større projekter vurderes til at bidrage med en besparelse på minimum 19 mio. kr., mens øvrige, mindre indsatser forventes at realisere en besparelse på 5,5 mio. kr. Samlet set vurderer administrationen, at der kan opnås besparelser på ca. 30 mio. kr. i 2018.

Punkt nr. 15 - Endelig afrapportering vedr. besparellesprojektet "bedre ressourceudnyttelse på praksisområdet"

Bilag 3 - Side -8 af 8

KONSEKVENSER

Såfremt regionsrådet godkender indstillingen, vil administrationen iværksætte initiativer, som samlet set vurderes at medføre besparelser på ca. 30. mio. kr., som beskrevet i projektkataloget.

RISIKOVURDERING

Administrationen har haft fokus på initiativer, der ikke vil påvirke den patientoplevede kvalitet. Tværtimod indeholder en del projekter og mindre indsatser et ønske om forenklede patientforløb med færre kontakter. Dette gælder blandt andet projekterne vedrørende etablering af direkte adgang til fysioterapi og speciallægehjælp. Gennemførelsen af nogle af projekterne kan dog få indflydelse på ventetiden for patienterne eksempelvis i forbindelse med optimering af kapaciteten i speciallægepraksis.

Administrationen forventer at opnå en besparelse på minimum 30 mio. kr. i 2018, men besparelspotentialet er estimeret på baggrund af indledende analyser på de pågældende områder. For nogle af projekterne kan det ske, at besparelspotentiale ikke kan realiseres grundet eksempelvis lovgivning på området. Dette gælder blandt andet for projekterne vedrørende etablering af direkte adgang (bortfald af henvisningskrav), hvor det gælder, at Sundhedslovens bestemmelser om henvisning skal ændres, før disse projekter succesfuldt kan gennemføres. Der er således en risiko for, at disse projekter ikke kan gennemføres.

BEVILLINGSTEKNISKE KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen vil betyde, at administrationen iværksætter initiativer, som samlet set vurderes at medføre besparelser på ca. 30 mio. kr. i 2018. På baggrund af projekterne skal budgettet for praksisområdet korrigeres med 30 mio. kr. i 2018, jf. budgetaftale 2017.

KOMMUNIKATION

Der planlægges en kommunikationsindsats rettet mod ydergrupperne, når projektkataloget er godkendt af regionsrådet.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Sagen forelægges forretningsudvalget den 6. juni 2017 og regionsrådet den 13. juni 2017.

DIREKTØRPÅTEGNING

Hjalte Aaberg / Svend Hartling

JOURNALNUMMER

16042833

BILAGSFORTEGNELSE

- 📎 1. Udkast til projektkatalog
- 📎 2. Oversigt over igangværende initiativer til TVÆRS
- 📎 3. FU protokol, budgetsag
- 📎 4. TVÆRS protokol, proces sag
- 📎 5. TVÆRS procesplan

Projektkatalog – "Bedre ressourceudnyttelse på praksisområdet"

REGION

Version 3.0

Punkt nr. 15 - Endelig afrapportering vedr. besparellesprojektet "bedre ressourceudnyttelse på praksisområdet"
Projekt 1: Økonomisk potentiale ved etablering af direkte adgang til fysioterapi uden henvisning

Bilag 4 - Side -2 af 28



Projektkommissorium for:
Analyse af effektiviseringspotentiale ved etablering af direkte adgang til fysioterapi

Strategisk indsats
Bedre ressourceudnyttelse på praksisområdet

Ejer
Center for Sundhed

Udfærdiger
Center for Sundhed, Enhed for Tværsektoriel Udvikling

Version	Dato
2	11.04.17

Workzone	16050627

Projektdefinition

Projektet skal undersøge, om der er økonomiske fordele ved at afskaffe kravet om lægehenvi-
sning for at kunne modtage fysioterapibehandling med offentligt tilskud, samt hvad der skal til, før det kan gennemføres i praksis.

Baggrund

Studier fra Norge, Holland, England og Sverige har vist, at direkte adgang til fysioterapibehandling har givet færre omkostninger og bedre ressourceudnyttelse, mens patienterne kommer hurtigere i behandling og tilbage i arbejde. Den praktiserende læges gatekeeper-rolle og dermed mulighed for at tage stilling til det samlede udrednings- og behandlingsbehov bliver dog svækket ved afskaffelse af henvisningskrav. Derudover er der i dag gråzoner i forbindelse med træningsydelse, der ligger tæt op ad traditionel træning i motionscentre og lignende. Det kan således være uklart, hvornår man er patient, og hvornår man er selvtrænende borger.

Formål

Projektets formål er at undersøge muligheder og erfaringer med direkte adgang for patienter til fysioterapibehandling, herunder om det samlet set kan give patienterne et bedre og hurtigere udrednings- og behandlingsforløb.

Beskrivelse af projektet på politisk niveau

Undersøgelser fra Norge, Holland, England og Sverige indikerer, at direkte adgang til fysioterapibehandling kan give færre omkostninger og bedre ressourceudnyttelse, da patienterne kommer hurtigere i behandling og tilbage i arbejde.

Projektets ønskede leverancer

- Afdækning af erfaringer fra andre lande baseret på litteraturstudier
- Undersøgelse af mulige økonomiske konsekvenser baseret på data fra regionens afregningssystem for praksissektoren
- Beskrivelse af gevinster/ulempen for patienter ved direkte adgang til fysioterapibehandling.

Projektets rammer

Henvisningskravet til fysioterapi er beskrevet i Sundhedsloven. Etablering af direkte adgang til fysioterapi kræver derfor ændring af Sundhedsloven.

Tid

- 2. kvartal af 2017: Indsamling af materiale fra udenlandske studier samt indsamling af eksisterende data trukket på baggrund af de konkrete erfaringer fra litteraturstudierne.
- 3. kvartal 2017: Såfremt litteraturstudierne viser de forventede resultater, udarbejdes en projektbeskrivelse til en analyse af konsekvenserne ved at afskaffe henvisningskravet til fysioterapibehandling.

Kvalitet

Kvaliteten af behandlingen i fysioterapipraksis forventes ikke at blive ændret.

Punkt nr. 15 - Endelig afrapportering vedr. besparelserprojektet "bedre ressourcenuddnyttelse på praksisområdet"

Det kan spare patienten for en kontakt til egen læge

Bilag 4 - Side 3 af 28

Besparelse af honoraret til den praktiserende læge. Der blev i 2015 udskrevet 131.984 henvisninger til almen fysioterapi.

Estimeret besparelspotentiale

- 0-3 mio. kr.

Interessenter

- Alment praktiserende læger
- Fysioterapeuter
- Kiropraktorer
- Praksiskonsulenter for fysioterapi
- Borgere i regionen

Ressourcer

Det estimerede ressourcestræk for projektet er 100 timer.

Projektleder

Merete Rahbeck Schmidt

Øvrige ressourcer

Der forventes ikke, at der er behov for eksterne ressourcer i forbindelse med projektet.

Punkt nr. 15 - Endelig afrapportering vedr. besparelserprojektet "bedre ressourceudnyttelse på praksisområdet"

Bilag 4 - Side -4 af 28
Region Hovedstaden

Projektkommissorium for:	
Besparelser på fysioterapiområdet	
Strategisk indsats	
Bedre ressourceudnyttelse på praksisområdet	
Ejer	
Center for sundhed	
Udfærdiger	
Center for sundhed, Enhed for praksisoverenskomster	
Version	Dato
2	11.04.17
Workzone	16048104

Projektdefinition

Projektet skal belyse, om kapaciteten i fysioterapipraksis bliver udvidet uden hjemmel hertil i overenskomsten. Dette gøres ved en målrettet indsats overfor fysioterapeuter, der har haft en markant udvikling i omsætningen og overfor fysioterapeuter, der har haft ansat vikar. Derudover skal der følges op på udgiftsdæmpende tiltag vedrørende brugen af hjælpepersonale.

Baggrund

Projektet skal analysere, om fysioterapeuter med markant udvikling i deres omsætning har udvidet deres kapacitet i strid med overenskomsten. 92 ud af 435 fysioterapeuter med en kapacitet på under 30 timer om ugen havde en omsætning på over 1 mio. kr. (inklusive patientandel) i 2016. Der er således mange fysioterapeuter med en kapacitet på under 30 timer om ugen, der afregner for store beløb.

Hvad angår brugen af hjælpepersonale har Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Danske Fysioterapeuter indgået aftale om ændring af overenskomsten om almen fysioterapi vedrørende begrænsning i muligheden for benyttelse af hjælpepersonale, således at hjælpepersonale fremadrettet alene kan benyttes til holdtræning og opfølgende træningsterapi i klinikken. Ligeledes kan fysioterapeuten kun bruge én person som hjælpepersonale ad gangen. Ændringen trådte i kraft 1. september 2016.

Formål

Projektets formål er at sikre, at kapaciteten i fysioterapipraksis ikke udvides uretmæssigt, og at overenskomstens bestemmelser herom overholdes. Dette gøres gennem systematisk gennemgang af omsætningen for fysioterapeuter, der benytter vikar ved delvist fravær, systematisk opfølgning på fysioterapeuter, hvis omsætning er steget væsentligt. Derudover følges der op på aftalen vedr. udgiftsdæmpende tiltag angående brugen af hjælpepersonale på speciale 51.

Beskrivelse af projektet på politisk niveau

Projektet skal medvirke til at dæmpe udgiftsudviklingen under overenskomsten med henblik på at sikre overholdelsen af overenskomstens økonomi. Projektet skal endvidere bidrage til at sikre, at brugen af vikar og hjælpepersonale sker i overensstemmelse med overenskomstens bestemmelser.

Projektets ønskede leverancer

- Afdækning af omsætningsudvikling for fysioterapeuter
- Fremsætte tilbagebetalingskrav overfor fysioterapeuter, der har udvidet kapaciteten uden hjemmel i overenskomsten

Projektets rammer

Overenskomst om Fysioterapi, Overenskomst om Vederlagsfri Fysioterapi samt Aftale om udgiftsdæmpende tiltag for almen fysioterapi.

Tid

Projektet forventes opstartet i marts 2017.

Milepæle:

- Marts 2017: Analysefase indledes

Punkt nr. 15 - Endelig afrapportering vedr. besparellesprojektet "bedre ressourcendnyttelse på praksisområdet"

Bilag 4, Side 5 af 28

- Maj 2017: Sager drøjes på sekretariatsplan
- Maj 2017: Høring af fysioterapeuter
- Juni 2017: Tilbagebetalingskrav sendes i høring hos fysioterapeuter
- August 2017: Der modregnes i forhold til de fysioterapeuter, som accepterer tilbagebetalingskravet.
- 21. september 2017: Sager forelægges samarbejdsudvalget vedrørende fysioterapeuter, som har accepteret tilbagebetalingskravet.
- September 2017: Sager oversendes til Landssamarbejdsudvalget
- Oktober 2017: Evaluering af projektet

Kvalitet

Kvaliteten af behandlingen i fysioterapipraksis forventes at være uændret.

Gevinster

- Det sikres, at overenskomstens bestemmelser vedr. brugen af hjælpepersonale, vikar og ansat overholdes.
- Ved tilbagebetalingskrav vil der foreligge direkte økonomiske gevinster.

Estimeret besparellespotential

- 4 mio. kr.

Interessenter

- Fysioterapeuter med ydernummer i regionen
- Kommunerne i Region Hovedstaden

Ressourcer

Det estimerede ressourcetræk forventes at være ca. 200 timer.

Projektledere

Kim Juelsgaard, Enhed for praksisoverenskomster

Paul Bienkowski, Enhed for praksisoverenskomster

Elisabeth Ankersen, Enhed for praksisoverenskomster

Øvrige ressourcer

Det forventes ikke, at der er behov for yderligere ressourcer.

Punkt nr. 15 - Endelig afrapportering vedr. besparelserprojektet "bedre ressourceudnyttelse på praksisområdet"

Projekt 5: Besparelser på tandlægeområdet

Bilag 4 - Side -6 af 28



**Region
Hovedstaden**

Projektkommissorium for: Besparelser på tandlægeområdet	
Strategisk indsats Bedre ressourceudnyttelse på praksisområdet.	
Ejer Center for Sundhed	
Udfærdiger Center for Sundhed, Enhed for praksisoverenskomster	
Version 1	Dato 05.12.2016
Workzone	16048791

Projektdefinition

Projektet omfatter en analyse af tandlægenes ydelsesforbrug herunder de nationale kliniske retningslinjer om fastlæggelse af intervaller mellem diagnostiske undersøgelser. Projektet forventes at give viden om, hvorfor der er sket en stigning i udgifterne. Projektet skal derudover understøtte overenskomstforhandlingerne på tandlægeområdet.

Baggrund

Siden den nugældende overenskomst for tandlægehjælp trådte i kraft den 1. april 2015 har der været en markant vækst i regionernes udgifter til tandlægehjælp. Udgiftsvæksten på tværs af regionerne har været på samme niveau.

Udgiftsstigningerne tilskrives især overenskomsten af 1. april 2015 med dens implementering af nye kliniske retningslinjer om indkaldeintervaller med kategorisering af patienterne i henholdsvis rød, gul og grøn kategori, hvor patienttilskuddet afhænger af, hvilken kategori patienten er placeret i.

Den aftalte økonomiske ramme for 2016 er overskredet med ca. 300 mio. kr. på landsplan. På øvrige overenskomstområder betyder en overskridelse af økonomirammen, at merforbruget hentes ind ved efterfølgende nedsættelse af ydernes honorar fra regionen, men dette er ikke tilfældet for tandlægeområdet. En modregning på tandlægeområdet gælder kun for halvdelen af den konstaterede overskridelse, og der er samtidigt et loft over modregningsbeløbet. Loftet er 150 mio. kr. og betyder, at overskridelse ud over 150 mio. kr. dækkes fuldt ud af regionerne.

Formål

Formålet med projektet er at undersøge, om en reduktion af udgifterne kan iværksættes af regionen.

Beskrivelse af projektet på politisk niveau

Den markante udgiftsstigning må bremses. Derfor må tallene bag udgiftsudviklingen analyseres nærmere med henblik på at afdække, hvordan de stemmer overens med overenskomst og vejledning om indkaldeintervaller. Der må reageres på evt. uoverensstemmelser, og man må finde ud af, om der findes enkle indgreb, der kan bidrage til at nedbringe forbruget. Endvidere skal projektet give input til de kommende overenskomstforhandlinger, der starter op i løbet af 2017, og som vil skulle træde i kraft 1. april 2018.

Projektets ønskede leverancer

- Kortlægning af tandlægenes fordeling på farvekategorier.
- Udtræk af data vedrørende hvor stor en procentandel af grønne patienter de enkelte tandlæger har, og om der er tandlæger, der afviger markant fra det gennemsnitlige antal grønne patienter. Herunder oplysninger om, hvorvidt nogle tandlæger har meget få grønne patienter, og hvad forklaringen herpå i givet fald er.
- Identifikation af patienter, der før den nugældende overenskomst kun gik til tandlægen én gang om

Punkt nr. 15 - Endelig afrapportering vedr. besparelsesprojektet "bedre ressourcenudbud på praksisområdet"

Bilag 4 - Side -7 af 28

- Forlæggelse af kortlægning af farvefordeling/analyse jf. ovenfor for samarbejdsudvalget.
- Information til tandlægerne om resultaterne af kortlægning af farver/analyse.
- Viden om, hvorvidt behandlingen af parodontose er blevet mere udgiftstung efter ikrafttrædelse af den nugældende overenskomst.
- Viden om udviklingen i økonomien vedr. behandling af parodontose, dels vedrørende overgangen til nugældende overenskomst, dels vedrørende udviklingen fra 2015 til 2016 og endelig vedrørende udviklingen i de øvrige regioner.
- Analyse af udviklingen i udgiften til tandplejere.
- Analyse af, om tandplejeklinikker deler patientportefølje med tandlægeklinikker og virkning heraf.
- Informationsindsats overfor borgerene om inddeling i farver, tilskudsmuligheder og egenbetaling.
- Løbende input til overenskomstforhandlinger.

Projektets rammer

Projektet er afgrænset til overenskomstens rammer.

Tid

Milepæle

- Maj 2017: Udtræk af ydelsesforbrug 2014, 2015 og 2016
- September 2017: Rapportering af resultater
- November 2017: Slutrapport

Kvalitet

Kvaliteten for patienten forventes at være uændret.

Gevinster

Der forventes, at projektet vil medføre, at flere patienter fremadrettet indplaceres i grøn kategori og dermed et fald i udgifterne til tandlægeområdet.

Estimeret besparelsespotentiale

- Et endeligt besparelsespotentiale kan først estimeres, når overenskomstforhandlingerne er faldet på plads, og regionen får kendskab til økonomiprotokollatet i den nye overenskomst. Besparelsespotentialet i forbindelse med øvrige indsatser på tandlægeområdet vurderes til at være 0,5 mio. kr.

Interesserter

- Tandlægerne med ydernummer
- Borgerne i regionen

Ressourcer

Det estimerede ressourceforbrug forventes at være 250 timer.

Projektleder

Christine Pade, Enhed for Praksisoverenskomster.

Øvrige ressourcer

Der kan være behov for eksterne dataudtræk vedr. sociale forhold.

Projektkommissorium for:	
Analyse af økonomisk potentiale ved etablering af direkte adgang til speciallæger	
Strategisk indsats	
Bedre ressourceudnyttelse på praksisområdet	
Ejer	
Center for Sundhed	
Udfærdiger	
Center for Sundhed, Enhed for Praksisoverenskomster	
Version	Dato
2	11.04.2017
Workzone	16049108

Projektdefinition

Projektet skal undersøge, om der er et økonomisk potentiale ved at ophæve kravet om lægehenvi-
sning i forbindelse med behandling hos praktiserende speciallæge med offentligt tilskud.

Projektet skal således være en undersøgelse af, om der er andre specialer end ørelægehjælp og øjenlæge-
hjælp, hvor det vil være hensigtsmæssigt at etablere direkte adgang. Projektet skal også anføre, hvad der
skal til, før det kan gennemføres i praksis.

Derudover kan projektets resultater medføre, at det kunne være hensigtsmæssigt at undersøge, om special-
læger inden for visse specialer skal kunne henvise til speciallæger inden for andre specialer. Endvidere
kunne det undersøges, om hospitaler skal kunne henvise til speciallæger inden for en række relevante speci-
aler.

Projektet skal afslutningsvis afdække, om almen praksis har den faglige kompetence og forudsætning for at
være gate-keeper i forhold til henvisning til bandagist.

Baggrund

I Sverige kan patienter i højere grad end i Danmark henvende sig direkte til en specialist fx hudlæge.

Folketinget drøftede i 2010 mulighederne for at give patienterne direkte adgang med sygesikringstilskud til
speciallæge og fysioterapeut, og Indenrigs- og Sundhedsministeriet afdækkede i 2011 fordele og ulemper.
Undersøgelsen konkluderede, at fordelene er, at det offentlige vil kunne spare udgifter til honorarer til al-
men praksis, hvis patienterne opsøger speciallægepraksis direkte. Patienterne vil ved direkte henvendelse til
speciallægepraksis få mulighed for en hurtig diagnose og behandling og vil undgå at vente på en konsultati-
on hos både den praktiserende læge og speciallægen.

Ulemperne er, at den praktiserende læges gatekeeper-rolle svækkes og dermed muligheden for at tage stil-
ling til det samlede udrednings- og behandlingsforløb. Risikoen er også, at patienter vil søge speciallæge for
problemstillinger, som kunne være behandlet i almen praksis. Henvisningskravet er derved med til at sikre,
at patienterne behandles på det lavest effektive omkostnings- og behandlingsniveau (LEON-princippet).

En ophævelse af henvisningskravet vil endvidere kræve en ændring af Sundhedslovens § 64.

Formål

Det skal med inddragelse af nationale og internationale erfaringer samt data vedr. henvisningspraksis fra
almen praksis til speciallægepraksis undersøges, om direkte adgang til speciallægepraksis vil give patien-
terne mere smidige udrednings- og behandlingsforløb og samtidig mindske regionens udgifter til praksis-
sektoren.

Det skal også afdækkes, om der vil være afledte negative konsekvenser ved direkte henvisningsadgang,
som vil modvirke regionens bestræbelser på at dimensionere speciallægekapaciteten set i sammenhæng

Punkt nr. 15 - Endelig afrapportering vedr. besparellesprojektet "bedre ressourceudnyttelse på praksisområdet"

Bilag 4 - Side 9 af 28 **Beskrivelse af projektet på politisk niveau**

I Sverige kan patienter i højere grad end i Danmark henvende sig direkte til en specialist fx hudlæge. Det giver patienterne mulighed for en hurtigere afklaring af deres lidelser/problemstillinger samtidig med, at antallet af henvendelser til almen praksis mindskes. Dette projekt har til formål at undersøge, om en tilsvarende fri adgang til speciallægepraksis vil være omkostningseffektivt i regionen og dermed vil kunne bidrage til besparelser på praksisområdet.

Projektets ønskede leverancer

- Afdækning af erfaringer fra andre lande fx Sverige via litteraturstudier og evt. studiebesøg
- Undersøgelse af data vedr. henvisningspraksis fra almen praksis til speciallægepraksis
- Beskrivelse af konsekvenser for lægefaglige kompetencer i almen praksis og speciallægepraksis ved direkte adgang til speciallæge
- Konsekvenser for den nuværende kapacitet i speciallægepraksis ved etablering af direkte adgang
- Afdækning af specialer, hvor direkte henvisning til andre specialer vil være hensigtsmæssigt ud fra en faglig og økonomisk synsvinkel
- Afdækning af, om almen praksis har den faglige kompetence og forudsætning for at agere gate-keeper i forhold til henvisning til bandagist
- Hvis projektet fremviser et økonomisk potentiale, fremlægges konklusionerne for regionsrådet og Danske Regioners Bestyrelse
- Eventuel borgerrettet informationsindsats med fokus på ændret adgang til speciallæger

Projektets rammer

Sundhedsloven, Overenskomst om speciallægehjælp, praksisplan for speciallægehjælp. Ønskes ændringer i henvisningsadgangen til speciallæger gennemført, kræver det ændringer i Sundhedsloven.

Tid

Projektet forventes gennemført fra maj til september 2017.

Milepæle

- Maj 2017: Litteratursøgning. Herunder gennemlæsning af Indenrigs- og Sundhedsministeriets notat fra 2011 samt indsamling af materiale og data fra udenlandske erfaringer.
- Juni 2017: Data udtræk vedr. henvisningspraksis fra almen praksis til speciallægepraksis samt ydelsesmønstret for gruppe 1 og gruppe 2 sikrede.
- August/september 2017: Udarbejdelse af skriftlig analyse af projektets resultater.

Kvalitet

Kvaliteten af behandlingen i speciallægepraksis for patienter forventes ikke at blive ændret.

Gevinster

- Hurtigere og smidigere udredning og behandling af patienten.
- Besparelse af konsultationshonoraret til alment praktiserende læger hvor borgerens formål med konsultationen er at få en henvisning til speciallæge.

Estimeret besparellespotentiale

- 0-3 mio. kr.

Interessenter

- Speciallæger med ydernummer
- Almen praksis
- Sundheds- og Ældreministeriet
- Borgere i regionen
- Hospitaler

Ressourcer

Det estimerede ressourceforbrug forventes at være 100 timer.

Projektleder

**Punkt nr. 15. Endelig afrapportering vedr. besparellesprojektet "bedre
ressourceudnyttelse på praksisområdet"**

Bilag 4. Side -10 af 28

Medarbejdere i Enhed for hospitalsplanlægning.

Punkt nr. 15 - Endelig afrapportering vedr. besparelserprojektet "bedre ressourcudnyttelse på praksisområdet"

Bilag 4 - Side -11 af 28
Region Hovedstaden

Projektkommissorium for:	
Analyse af optimal kapacitet på speciallægeområdet	
Strategisk indsats	
Bedre ressourcudnyttelse på praksisområdet	
Ejer	
Center for Sundhed	
Udfærdiger	
Center for Sundhed, Enhed for Tværsektoriel Udvikling	
Version	Dato
2	11.04.17
Workzone	16050274

Projektdefinition

Projektet skal undersøge, om kapaciteten i speciallægepraksis i regionen er hensigtsmæssigt dimensioneret, og om kapaciteten kan udnyttes mere hensigtsmæssigt set i sammenhæng med de opgaver, som løses på hospitaler og i almen praksis.

Baggrund

Region Hovedstaden fastlægger antallet af speciallægekapaciteter i praksissektoren. Knap halvdelen af landets speciallægekapaciteter er placeret i Region Hovedstaden, hvilket betyder, at tilgængeligheden for den enkelte borger til en speciallæge i Region Hovedstaden er væsentlig større end i resten af landet.

Der er på speciallægeområdet i alt 405 kapaciteter, fordelt på 372 fuldtidskapaciteter og 33 deltidskapaciteter. Regionen foretrækker fuldtidskapaciteter, som kan lægge flest mulig ressourcer i at behandle regionens borgere. Det giver anledning til at se på specialer med relativt mange deltidskapaciteter.

Samtidigt bør der ses på kapaciteten i de forskellige specialer for at vurdere, om opgaverne kunne løse mere omkostningseffektivt i almen praksis eller på hospitaler.

Formål

Formålet er at pege på mulige tiltag i forhold til strukturelle tilpasninger inden for speciallægeområdet ved blandt andet at se på, om speciallægekapaciteten i regionen er rigtigt sammensat og dimensioneret sammenholdt med aktiviteten i almen praksis og på hospitalerne og under hensyntagen til regionens sundhedspolitiske hensigtserklæringer.

Beskrivelse af projektet på politisk niveau

Speciallægepraksis udgør en vigtig del af det samlede sundhedsvæsen, og der skal løbende ske udvikling og tilpasning i takt med udviklingen i det øvrige sundhedsvæsen. Projektet undersøger derfor, om kapaciteten på speciallægeområdet er hensigtsmæssigt dimensioneret, og om kapaciteten kan udnyttes mere hensigtsmæssigt og i sammenhæng med de opgaver, som løses på hospitaler og i almen praksis.

Projektets ønskede leverancer

- Beskrivelse af muligheder for indskrænkning af kapaciteter, fx inddragelse af deltidspædagogik eller opkøb af fuldtids- og deltidspædagogik med lav omsætning
- Udarbejde kapacitetsanalyser på udvalgte specialer - evt. inddragelse af brugerundersøgelse (foretages af eKVIS primo 2017)
- Beskrivelse af konsekvenser ved ændring af specialer, herunder konsekvenser for et samlet sundhedsvæsen og evt. opgaveoverdragelse til fx almen praksis
- Konkret forslag til beslutning, som henholder sig til de overenskomstmæssige rammer

Projektets rammer

Projektet skal passes ind i forhold til to overordnede rammer; Praksisplan 2018-21 samt Overenskomsten om Speciallægehjælp. Der er derudover afhængigheder i forhold til hospitalskapaciteten.

Punkt nr. 15 - Endelig afrapportering vedr. besparelserprojektet "bedre ressourceudnyttelse på praksisområdet"

Der er behov for mere dybdegående analyser af udvalgte speciallæger, hvor andre betragtninger indgår. Disse bør foretages inden endelig stillingtagen til ændringer på speciallægeområdet.

Bilag 4 - Side -12 af 28

Tid

- Projektforløb frem til december 2017
- Skal køre sideløbende med udarbejdelse af praksisplan 2018-21

Kvalitet

Kvaliteten af behandlingen i speciallægepraksis bliver ikke forringet ved realisering af projektet.

Gevinster

- At speciallægekapaciteten understøtter det samlede sundhedsvæsen med en høj faglig kvalitet i patientbehandlingen til færrest mulige omkostninger samtidig med, at speciallægekapaciteten er tilpasset efterspørgslen efter ydelser, således at den enkelte borger sikres lige og let adgang til sundhedsvæsenet
- At speciallægekapaciteten er tilpasset hospitalsambulatoriernes aktivitet.

Estimeret besparelspotentiale

- Perspektivet i forhold til dette projekt er mere langsigtet. Skal speciallægekapaciteten reduceres, medfører det på kort sigt en udgift for regionen i forbindelse med opkøb af praksis. Det langsigtede besparelspotentiale estimeres til at være 0-5 mio. kr.

Interesser

- Speciallæger med ydernummer
- Alment praktiserende læger
- Hospitalerne
- Borgerne i regionen

Ressourcer

Det estimerede ressourceforbrug forventes at være 150 timer.

Projektleder

Merete Schmidt.

Øvrige ressourcer

Det forventes, at både Center for Økonomi og Enhed for hospitalsplanlægning i Center for Sundhed skal bidrage.

Projektkommissorium for:	
Ændret praksis for udlevering og ordination af ernæringspræparater i Region Hovedstaden	
Strategisk indsats:	
Bedre ressourceudnyttelse på praksisområdet	
Ejer:	
Center for Sundhed	
Udfærdiger:	
Center for Sundhed, Enhed for Praksisoverenskomster	
Version	Dato
2	11.04.17
Workzone	16047927

Projektdefinition

Projektet skal belyse nuværende praksis og lovgivning for udlevering og ordination af ernæringspræparater, herunder kommunernes efterspørgsel efter ernæringspræparater med henblik på at identificere indsatser, som kan reducere Region Hovedstadens udgifter til området.

Baggrund

Region Hovedstaden har i forbindelse med budgetforlig 2016 set på besparelspotentialt ved ernæringspræparater. Det blev på daværende tidspunkt konkluderet, at der var et begrænset besparelspotentialt inden for de nuværende rammer.

Sundheds- og Ældreministeriet nedsatte i 2015 en arbejdsgruppe, der skal undersøge det faglige grundlag for det offentlige tilskud til ernæringspræparater, de organisatoriske aspekter i forhold til vurdering af ernæringspræparater, ydelse af tilskud og indkøb af ernæringspræparater. Ifølge kommissoriet for arbejdet skulle arbejdsgruppen afrapportere til regeringen i 2. kvartal af 2016, men arbejdsgruppens arbejde er endnu ikke publiceret.

Administrationen vurderer, at der fortsat er et ikke-realiseret besparelspotentialt på området, som bør belyses yderligere.

Formål

Projektets formål er at afdække, hvor og hvordan efterspørgslen efter ernæringspræparater opstår og på den baggrund belyse, om der er indsatser, som kan igangsættes for at nedbringe udgifterne på området.

Beskrivelse af projektet på politisk niveau

Region Hovedstaden har de seneste år oplevet en stor stigning i udgifterne til tilskud til ernæringspræparater. Udgiften udgjorde 70,1 mio. kr. i praksissektoren i 2016. Administrationen vurderer, at en del af stigningen kan skyldes en stigning i antallet af henvendelser fra kommunalt personale til almen praksis om ernæringspræparater på grøn recept til borgere i kommunerne. På den baggrund igangsættes en nærmere analyse af området.

Projektets ønskede leverancer

- Afdækning af nuværende praksis for udlevering og ordination af ernæringspræparater.
- Identifikation og beskrivelse af forslag til indsatser, der kan realisere besparelser.
- Implementering af indsatser.

Den foreløbige belysning af området peger på tre indsatsområder:

1. Informere om retningslinjerne for udlevering og ordination af ernæringspræparater.
2. Belyse, om der ud fra en ernæringsmæssig synsvinkel kan fremmes ernæringsmæssige alternativer eksempelvis via kommunernes ernæringspolitikker
3. Sikre en præcisering af Sundheds- og Ældreministeriets tolkning af lovgivningen på området med henblik på at få afklaret, om der i snitfladen til den kommunale forpligtelse i hjemmeplejen er

Punkt nr. 15 - Endelig afrapportering vedr. besparelsesprojektet "bedre grundlag for at ændre afregningspraksis på området"

Bilag 4 - Side 14 af 28

Kommunerne involveres i processen via praksisplanudvalgets administrative styregruppe (PAS).

Projektets rammer

Projektets rammer er defineret i bekendtgørelsen om ernæringspræparater samt den endnu ikke færdiggjorte rapport fra Sundheds- og Ældreministeriet.

Tid

Projektet forventes igangsat i maj 2017.

Milepæle

- Maj – september 2017: Analysefase og identifikation af forslag til indsatser.
- Oktober – december 2017: Implementering af indsatser

Gevinster

Regionen afholder udgifter for køb af ernæringspræparater og remedier til indtagelse af præparater, som udleveres på apoteker eller leveres direkte fra leverandørerne. Regionens udgifter er nogenlunde ligeligt fordelt mellem apoteker og leverandører.

Region Syd gennemførte i 2015 en informationskampagne overfor de praktiserende læger og apotekerne i regionen om udlevering af ernæringspræparater. Region Syd vurderer, at informationskampagnen i 2013 medførte en reduktion i udgifter fra udlevering via apotekerne på 10 %.

Region Syd har endvidere ændret afregningspraksis i 2016 på baggrund af en tolkning af lovgivningen fra Sundheds- og Ældreministeriet. Region Syd har samlet set fra reduceret deres udgifter til området med 6,5 mio. kr. fra 2013-2016 svarende til en reduktion på ca. 15. %. Hovedparten af besparelsen kan dog henføres til ændret afregningspraksis i 2016.

Der er på nuværende tidspunkt usikkerhed om fortolkningen af lovgivning på området, og administrationen vil sende en forespørgsel til ministeriet med henblik på afklaring.

Der vurderes sandsynligt, at Region Hovedstaden kan indhente en besparelse ved information om retningslinjerne, som kan påvirke kommunernes praksis og de praktiserende læger i forhold til de borgere, der ikke har behov for ernæringspræparater, men kan nøjes med proteinprodukter, som kan købes i dagligvareforretninger.

Det er usikkert, hvor stor en samlet besparelse Region Hovedstaden yderligere kan realisere, da dette afhænger af tilbagemeldingen fra Sundheds- og Ældreministeriet.

Estimeret besparelspotentiale

- 4 mio. kr.

Interessenter

- Kommunerne
- Hospitalerne
- Almen praksis
- Region Hovedstadens Apotek
- Apoteker
- Leverandører af ernæringspræparater
- Patienter, som indtager ernæringspræparater

Ressourcer

Det estimerede ressourceforbrug forventes at være 150 timer.

Projektleder

**Punkt nr. 15 - Endelig afrapportering vedr. besparellesprojektet "bedre
ressourceudnyttelse på praksisområdet"**

Bilag 4 Side-15 af 28

Det forventes, at 2-3 projektdeltagere fra Center fra Sundhed skal involveres.

Punkt nr. 15 - Endelig afrapportering vedr. besparelsesprojektet "bedre ressourcudnyttelse på praksisområdet"



Projektkommissorium for:	
Analyse af rekvisitioner i speciallægepraksis	
Strategisk indsats:	
Bedre ressourcudnyttelse på praksisområdet	
Ejer:	
Center for Sundhed	
Udfærdiger:	
Center for Sundhed, Enhed for Praksisoverenskomster	
Version	Dato
2	11.04.17
Workzone	16047954

Projektdefinition

Projektet skal skabe gennemsigtighed i forhold til, hvilke specifikke medikamenter der kan rekvireres i speciallægepraksis i henhold til overenskomsten.

Baggrund

Overenskomsten vedrørende speciallægehjælps specielle del angiver for hvert af de 17 (i Region Hovedstaden 16) specialer, hvilke typer medikamenter der kan rekvireres i praksis.

Administrationen er blevet opmærksom på, at nogle speciallægepraksis rekvirerer medikamenter, der ikke fremgår af overenskomstens specielle del for det pågældende speciale.

Formål

Formålet med projektet er at skabe gennemsigtighed i forhold til hvilke medikamenter, der i henhold til overenskomsten kan rekvireres i speciallægepraksis samt sikre, at regninger fra apoteker vedrørende medikamenter, der ikke er indeholdt i overenskomsten, ikke bliver honoreret.

Beskrivelse af projektet på politisk niveau

Overenskomsten vedr. speciallægehjælp specificerer hvilke typer af medikamenter, speciallæger kan rekvirere til brug i deres praksis. Hittidigt har regionen dog betalt for medikamenter, der ikke var nævnt i overenskomsten. Dette projekt vil forsøge at sikre gennemsigtig i forhold til, hvilke medikamenter der kan rekvireres af speciallægepraksis, så medikamenter, der ikke er nævnt i overenskomsten, ikke vil blive honoreret af regionen.

Projektets ønskede leverancer

- Oversigt over medikamenter inklusive ATC-koder, der kan rekvireres i speciallægepraksis. Oversigt sendes til apotekerne i regionen
- Identifikation af speciallæger, der har rekvireret medikamenter, der ikke er i overensstemmelse med overenskomsten
- Fremsætte tilbagebetalingskrav overfor speciallæger, der har rekvireret medikamenter, der ikke er i overensstemmelse med overenskomsten
- Analyse af intern arbejdsgang med henblik på sikring af, at regninger for medikamenter, der ikke kan rekvireres i henhold til overenskomsten, ikke bliver godkendt i regionens afregningssystem

Projektets rammer

Projektets rammer er Overenskomst om speciallægehjælp

Tid

Projektet forventes opstartet i maj 2017

Milepæle

Punkt nr. 15 - Endelig afrapportering vedr. besparelserprojektet "bedre ressourceudnyttelse på praksisområdet"

Bilag 4 - Side 17 af 28

Maj 2017 - Dataindsamling vedr. rekvisitioner i speciallægepraksis

Juni 2017 - Komplet oversigt over lægemidler, som kan rekvireres af speciallæger, udarbejdes

Juni 2017 - Fremsatte tilbagebetalingskrav over for læger, der uretmæssigt har rekvireret medikamenter

- Juli 2017: Udarbejdelse af liste til apoteker over medikamenter, der kan rekvireres i henhold til overenskomsten
- August 2017: Konkrete forslag til, hvordan det sikres at rekvisitioner overholdes, præsenteres i notat
- August 2017: Analyse af intern arbejdsgang med henblik på sikring af, at ukorrekte regninger ikke bliver godkendt i regionens afregningssystem
- November 2017: Opfølgning på, om der fortsat bliver rekvireret medikamenter, der ikke er i overensstemmelse med overenskomsten

Kvalitet

Kvaliteten af behandlingen i speciallægepraksis forventes at være uændret ved implementering af projektet.

Gevinster

Projektet vil sikre, at der kun bliver rekvireret medikamenter i henhold til overenskomsten, hvilket vil give en økonomisk gevinst. Der vil også foreligge økonomiske gevinster i tilfælde af, at der bliver fremsat tilbagebetalingskrav overfor speciallæger, der har rekvireret medikamenter, der ikke burde betales af regionen.

Estimeret besparelspotentiale

- 1 mio. kr.

Interessenter

- Praktiserende speciallæger
- Apoteker i Region Hovedstaden

Ressourcer

Det forventede ressourcetræk for projektleder er 10 arbejdsdage samt bidrag fra projektdeltager på 5-10 arbejdsdage.

Projektleder

Nina Kagenow Svenstrup, Enhed for Praksisoverenskomster.

Øvrige ressourcer

Der vil være behov for bistand fra farmakologer i Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed.

Punkt nr. 15 - Endelig afrapportering vedr. besparelser Projekt 6: Analyse af medicinområdet for at afdække besparelsepotentiale ressourceudnyttelse på praksisområdet"



Projektkommissorium for:

Afklaring af, om der skal igangsættes analyse af medicinområdet, herunder om det skal analyseres, om praksissektoren følger basislistens forslag til valg af lægemidler

Strategisk indsats

Bedre ressourceudnyttelse på praksisområdet

Ejer

Center for Sundhed

Udfærdiger

Center for Sundhed, Enhed for Praksisoverenskomster

Version

2

Dato

11.04.17

Workzone

16047723/16048101

Projektdefinition

Center for Sundhed vil på baggrund af et møde med Klinisk Farmakologisk Afdeling på Bispebjerg Hospital igangsætte en analyse af mulighederne for at påvirke praksissektorens adfærd i forhold til ordination af lægemidler.

Projektet skal afdække mulighederne for at påvirke almen praksis og speciallægepraksis til mere rationel ordinationsadfærd, herunder komme med forslag til fremtidige ændringer i overenskomst om almen praksis og overenskomst om speciallægehjælp med henblik på at afprøve nye incitamentsstrukturer.

Baggrund

Region Hovedstaden bruger årligt ca. 1,6 mia. kroner på tilskud til medicin, og der er i forbindelse med Budgetaftale 2017 derfor peget på medicinområdet som muligt indsatsområde. De seneste analyser af medicinområdet i Region Hovedstaden viser, at der fortsat er et stort potentiale for besparelser og øget kvalitet i praksissektorens medicinordination. Dette ikke mindst i forhold til speciallægepraksis, hvor der ofte vælges nye og dyre lægemidler.

Det blev i en rapport om controlling i almen praksis og speciallægepraksis fra 2014 konkluderet, at det inden for rammerne af de nuværende overenskomster er svært at opfange afvigende ordinationsadfærd. Speciallægerne er ofte subspecialiserede, mens der for almen praksis er risiko for at udtrække de læger, der har de tungeste patientgrupper, og hvor data ikke tager højde for etnicitet og kommunesocialgruppe.

Der arbejdes i regi af KAP-H og Medicinfunktionen ved Klinisk Farmakologisk Afdeling med en række indsatser for at påvirke læger med et afvigende ordinationsmønster, herunder udsendelse af nyhedsbreve, praksisbesøg, temamøder m.v. Ligesom der også i projektet om "Rationel medicinanvendelse i speciallægepraksis" har været anvendt forsøg med en mere kvalitativ tilgang til at påvirke ordinationsmønstret i speciallægepraksis.

Derudover er der regionalt i samarbejde mellem Institut for Rationel Farmakoterapi (IRF) og regionerne udarbejdet www.basislisten.dk, som viser Medicinfunktionens forslag til førstevalg af lægemidler til voksne til de mest almindelige indikationsområder i praksissektoren.

Formål

For at opnå yderligere besparelser på medicinområdet vurderes der behov for at udvide de nuværende muligheder for at påvirke praksissektoren til ændring af ordinationsvaner. Formålet med projektet er at komme med forslag til konkrete indsatser, som kan påvirke alment praktiserende lægers og speciallægers ordinationsadfærd.

Beskrivelse af projektet på politisk niveau

Der er i Region Hovedstaden politisk fokus på at udnytte det store besparelsepotentiale, der findes på lægemiddelområdet i praksissektoren. Organiseringen i praksissektoren rummer dog udfordringer i forhold til regionernes muligheder for at påvirke sektoren. Der vurderes behov for yderligere analyse af mulighederne

Punkt nr. 15 - Endelig afrapportering vedr. besparellesprojektet "bedre ressourceudnyttelse på praksisområdet"

Bilag 4 - Side -19 af 28

Projektets ønskede leverancer

Projektet har til formål at levere en analyse af, hvilke konkrete indsatser, som kan påvirke alment praktiserende lægers og speciallægers ordinationsadfærd.

Projektets rammer

Projektets rammer er Overenskomst om almen praksis og Overenskomst om speciallægehjælp.

Tid

Projektet forventes igangsat i maj 2017.

Milepæle:

Maj 2017 – Igangsættelse af analyse

Juni 2017 – Identifikation af relevante indsatsområder

Juli/august 2017 – Afholdelse af møder med relevante aktører

September/oktober 2017 – Udarbejdelse af konkrete forslag til besparende tiltag på medicinområdet

November 2017 - Præsentation af foreslåede tiltag

Kvalitet

- Kvalitetsløft af medicinområdet i både almen praksis og speciallægepraksis
- Bedre patientsikkerhed indenfor lægemiddelområdet i praksissektoren

Gevinster

- Optimering og effektivisering af praksissektorens ordinationsadfærd
- Bedre ressourceudnyttelse
- Besparelse på ordinationer af lægemidler

Estimeret besparellespotentiale

- Endnu ikke estimeret

Interessenter

- Klinisk Farmakologisk Afdeling
- Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed
- Alment praktiserende læger
- Praktiserende speciallæger
- Praktiserende Lægers Organisation (PLO)
- Foreningen af Praktiserende Speciallæger (FAPS)

Ressourcer

Det forventede ressourcetræk forventes at være 360 timer.

Projektleder

Anna Marie Schmidt, Enhed for Praksisoverenskomster

Øvrige ressourcer

Der ønskes ressourcer fra Klinisk Farmakologisk Afdeling og Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed.

Punkt nr. 15 - Endelig afrapportering vedr. besparellesprojektet "bedre Ressourceudnyttelse på praksisområdet"



Projektkommissorium for: Reduktion af udgifter til utensilier til blodprøvetagning	
Strategisk indsats Bedre ressourceudnyttelse på praksisområdet	
Ejer Center for Sundhed	
Udfærdiger Center for Sundhed, Enhed for Praksisoverenskomster	
Version 2	Dato 11.04.17
Workzone	16048643

Projektdefinition

Projektet skal analysere, om det er muligt at nedbringe udgiften til praksisrekvirerede utensilier til biokemiske analyser.

Baggrund

Praktiserende læger og speciallæger kan i dag rekvirere utensilier til biokemiske analyser via Region Hovedstadens Regionslager.

Ordningen vedr. udlevering af utensilier til biokemiske analyser til praktiserende læger og speciallæger er hidtil blevet varetaget af det tidligere RHEL og Nordsjællands Hospital. I forbindelse med nedlæggelsen af RHEL den 1. januar 2016 blev ordningen vedrørende udlevering af utensilier til biokemiske analyser til praksis samlet på Region Hovedstadens Regionslager. I den forbindelse har Center for Sundhed fået budgettet til utensilierne til biokemiske analyser, der bestilles af de praktiserende læger og speciallæger. Udgiften til praksisrekvirerede utensilier var i 2016 på 4,5 mio. kr.

Udgiften til utensilier ønskes nedbragt betydeligt. For at nå dette mål vil det blandt andet være nødvendigt at afprøve, om det er muligt f.eks. at skære i sortimentet vedrørende utensilier til biokemiske analyser, eller at opnå prisreduktioner ved at gå i udbud med hele eller dele af sortimentslisten.

Formål

Projektets formål er at analysere, om der er mulighed for at indhente besparelser på udgiften til utensilier til biokemiske analyser inden for praksisområdet i Region Hovedstaden.

Beskrivelse af projektet på politisk niveau

Region Hovedstaden afholder hele udgiften til utensilier til blodprøvetagning, som speciallæger og praktiserende læger kan rekvirere. Dette projekt vil analysere, om ordningen kan ændres, således at regionens udgifter til utensilier bliver reduceret.

Projektets ønskede leverancer

- Analyse af udgiften til utensilier til biokemiske analyser fordelt på rekvirenter og varenumre.
- På baggrund af analysen vurderes det, om det er relevant at afprøve et udbud på området eller ændre/formindske sortimentet.

Projektets rammer

En forudsætning er, jf. budgetaftalen for 2015 vedrørende nedlæggelsen af RHEL, at der opretholdes et uændret service- og kvalitetsniveau.

Tid

Projektet forventes at starte i august 2017 og slutte ultimo 2017.

Milepæle

- August 2017 – indhentning af specificeret materiale vedr. utensilier til biokemiske analyser.
- August – september 2017 – udarbejdelse af analyse.

Punkt nr. 15 Endelig afrapportering vedr. besparelserprojektet "bedre ressourceudnyttelse på praksisområdet"

Bilag 4 - Side 21 af 28

Kvalitet

Kvaliteten overfor borgerne vil ikke blive forringet af projektet.

Gevinster

- Reduktion i udgifter til utensilier

Estimeret besparelspotential

- 0,5-1 mio. kr.

Interessenter

- Logistik- og Forsyningsenheden, Region Hovedstaden
- PLO
- FAPS
- Praktiserende læger
- Praktiserende speciallæger
- De biokemiske hospitalslaboratorier
- Center for Økonomi – CØK
- CEK

Ressourcer

Det estimerede ressourcetræk forventes at være 80 timer.

Projektleder

Søren Jessen Jensen, Enhed for Praksisoverenskomster

Øvrige ressourcer

Medarbejdere i CØK, CSU samt Logistik- og Forsyningsenheden.

Projektkommissorium for: Reduktion af udgiftsvækst i forhold til den patologiske og mikrobiologiske praksisdiagnostik	
Strategisk indsats Bedre ressourcenuyttelse på praksisområdet	
Ejer Center for Sundhed	
Udfærdiger Center for Sundhed, Enhed for Praksisoverenskomster	
Version 1	Dato 26.04.17
Workzone	Journalnummer 16048393

Projektdefinition

Projektets formål er at reducere den hidtidige udgiftsvækst i forhold til den patologiske og mikrobiologiske praksisdiagnostik.

Baggrund

Center for Sundhed har igennem flere år afregnet patologiske og mikrobiologiske laboratorieydelser med Amager og Hvidovre Hospital samt Herlev og Gentofte Hospital. Laboratorieafregningen har været karakteriseret ved, at der dels har været store fluktuationer i afregningsmønstret fra laboratorierne, dels at udgifterne til diagnostikken er steget væsentligt mere end forudsat i alle årene.

På baggrund af regnskabstal vedrørende 2016 er stigningen i udgifterne til patologisk og mikrobiologisk diagnostik på 14,5 % fra 2015 til 2016. Befolkningens væksten i regionen er på cirka 1 pct. pr. år, ligesom pris- og lønreguleringen typisk også er på cirka 1 pct. pr. år. Udgifterne til diagnostikken overstiger således markant den forventede stigningstakt på ca. 2 % pr. år.

Center for Sundhed har på baggrund af udgiftsudviklingen brug for at få bedre styringsværktøjer på det patologiske og mikrobiologiske område til at håndtere udgiftsvæksten.

Formål

Formålet med projektet er at få et styringsværktøj, som kan stabilisere udgiftsudviklingen vedrørende den patologiske og mikrobiologiske praksisdiagnostik. Det skal bl.a. ske ved at få et overblik over de udbudte analysepakker inden for mikrobiologien og patologien via kontakt til de systemansvarlige laboratoriekonsulenter og ved at gå i forhandling med laboratoriecheferne om pris/udgiftsreduktioner i forhold til praksisdiagnostikken med henblik på at få nedbragt udgiftsvæksten.

Beskrivelse af projektet på politisk niveau

Laboratorieafregningen har været karakteriseret ved, at der dels har været store fluktuationer i afregningsmønstret fra laboratorierne, dels at udgifterne til diagnostikken er steget væsentligt mere end forudsat i alle årene. Målet med dette projekt er at få et styringsværktøj, som stabiliserer udgiftsudviklingen vedrørende den patologiske og mikrobiologiske praksisdiagnostik.

Projektets ønskede leverancer

- Få overblik over de udbudte analysepakker, som kan rekvireres fra henholdsvis de mikrobiologiske og patologiske hospitalslaboratorier.
- Gå i forhandling med laboratoriecheferne om prisreduktioner i forhold til praksisdiagnostikken med udgangspunkt i analysepakkerne.
- Udarbejde notat om resultatet af forhandlingerne.

Notatet skal endvidere indeholde en belysning af fluktuationerne i afregningen fra laboratorierne samt af det administrative ressourcetræk for henholdsvis hospitalsadministrationerne, regionens centrale bogholderi og CSU's administration i forbindelse med håndteringen af afregningen af den patologiske og mikrobiologiske

Punkt nr. 15 - Endelig afrapportering vedr. besparelserprojektet "bedre diagnostik. Ressourceudnyttelse på praksisområdet" Projekts rammer Bilag 4 - Side 23 af 28 Projektets ramme er den budgetramme til diagnostikken, som er udmeldt af CØK i 2015 til hospitalslaboratorierne og CSU i forbindelse med overgang til 50 %'s afregningsprincippet. Tid Projektet opstartes i april 2017 og slutter ultimo 2017. Milepæle • Afholdelse af møde mellem CSU og CØK om de økonomiske udfordringer med praksisdiagnostikken i april 2017 (er afholdt den 7. april 2017). • Kontakt til og evt. afholdelse af møde med systemansvarlige laboratoriekonsulenter om analysepakker i maj 2017. • Afholdelse af forhandlingsmøde med laboratoriechefer for henholdsvis den mikrobiologiske og patologiske diagnostik om reduktion i analysepakker/rabatter m.v. med henblik på besparelser på op til 8 % på praksisdiagnostikken i juni 2017, således at udgiftsvæksten tilnærmer sig befolknings- og PL-udviklingen. • Møde med CØK vedrørende mulige besparelser på den mikrobiologiske og patologiske praksisdiagnostik. • Beslutning om indskrænkning af analysepakker/prisreduktioner inden for den mikrobiologiske og patologiske diagnostik. • Implementering 1. januar 2018 Kvalitet Kvaliteten for borgerne vil ikke blive berørt uanset, hvilken økonomistyringsmodel som anvendes. Gevinster • En ændring af udbuddet af analysepakker samt forhandling om ændrede priser vurderes at kunne give en gevinst på mellem 5-10 mio. kr. pr. år., svarende til en samlet besparelse på mellem 5-8 %. Estimeret besparelspotentiale • 5-10 mio. kr.
Interessenter • Amager og Hvidovre Hospital – mikrobiologisk og patologisk afdelinger • Herlev og Gentofte Hospital – mikrobiologisk og patologiske afdelinger • Center for Økonomi
Ressourcer Det forventede ressourcetræk for projektleder er 80 timer. Projektleder Søren Jessen Jensen, Enhed for Praksisoverenskomster Øvrige ressourcer Medarbejdere i CSU, CØK samt Gentofte-Herlev Hospital

Punkt nr. 15 - Endelig afrapportering vedr. besparellesprojektet "bedre ressourcudnyttelse på praksisområdet"



Projektkommissorium for:	
Analyse af udgifter til webreq-licenser	
Strategisk indsats	
Bedre ressourceudnyttelse på praksisområdet	
Ejer	
Center for Sundhed	
Udfærdiger	
Center for Sundhed, Enhed for Praksisoverenskomster	
Version	Dato
2	11.04.17
Workzone	Journalnummer 16048570

Projektdefinition

Projektet skal analysere, om det er muligt for CSU at nedbringe udgiften til webreq-licenser.

Baggrund

Webreq er et laboratorierekvireringssystem til læger, speciallæger og hospitaler i Danmark. Kommunikationen mellem praksislægerne og regionens hospitalslaboratorier foregår elektronisk via webreq, som styres og vedligeholdes af Dansk Medicinsk Data Distribution (DMDD).

Laboratorieresultater og rekvisitioner inden for bl.a. biokemi, immunologi, mikrobiologi og patologi kan rekvireres gennem webreq.

De data, som licenserne faktureres efter, tager udgangspunkt i de rekvirenter, som laboratorierne har oprettet i webreq. Et laboratorium vil oprette en rekvirent, hvis vedkommende sender en prøve til laboratoriet via webreq-systemet.

Webreq-licensudgiften afregnes månedligt som en abonnementsordning, hvor der faktureres pr. tilsluttet rekvirent uanset antallet af rekvisitioner. Den samlede udgift for webreq-licenserne er ca. 4,9 mio. kr. i 2016.

Prisen pr. licens er følgende ultimo 2015:

Speciale	Pris pr. rekvirent pr. måned
Biokemi	143,84 kr.
Mikrobiologi	74,79 kr.
Patologi	74,79 kr.

Formål

Formålet med projektet er at analysere, om der er mulighed for at indhente besparelser på udgiften til webreq-licenser inden for praksisområdet i Region Hovedstaden.

Vurderingen er, at udgiften til licenserne kan nedbringes. For at nå dette mål vil det blandt andet være nødvendigt at afprøve, om det er muligt at opnå rabatter på licenserne fra webreq.

Beskrivelse af projektet på politisk niveau

Webreq er et laboratorierekvireringssystem til læger, speciallæger og hospitaler i Danmark. Webreq-licensudgiften afregnes månedligt som en abonnementsordning, hvor der faktureres pr. tilsluttet rekvirent uanset antallet af rekvisitioner. Hvert speciale (biokemi, patologi og mikrobiologi) kræver en separat licens. Projektet skal belyse muligheden for at forhandle rabataftaler i de tilfælde, hvor læger skal have licenser til flere specialer.

Projektets ønskede leverancer

- Analyse af udgiften til webreq-licenser fordelt på rekvirenter inden for områderne biokemi, mikrobiologi og patologi.

Punkt nr. 15 - Endelig afrapportering vedr. besparellesprojektet "bedre ressourcenuyttelse på praksisområdet"

Bilag 4 Side 25 af 28

Omfanget af rekvisitter, der både betaler licensudgifter i henholdsvis biokemi, mikrobiologi og patologi, kortlægges.

- På baggrund af analysen forventes etableret møde med DMDD med henblik på at drøfte muligheden for at opnå rabatter på ydere, som har mere end én webreq-licens.
- Kortlægning af antallet af webreq brugere, som er rekvisitter fra praksisområdet, og om der er andre brugere uden for praksisområdet, som regionen betaler licenser for.

Tid

Projektet forventes at starte i juni 2017 og slutte ultimo 2017.

Milepæle

- Juni 2017 – anmodning om specificeret afregningsmateriale fra webreq
- Juni – september 2017 – udarbejdelse af analyse
- September - oktober 2017 – afholdelse af møde med webreq vedr. rabatter m.v.
- November – december 2017 – afslutning af projekt

Kvalitet

Hverken kvaliteten for borgerne eller yderne vil blive berørt af projektet.

Gevinster

I bedste fald vil projektet medføre, at der opnås en rabat på licensudgifterne til webreq. En rabat på f.eks. 10 % for alle ydere med mere end én licens forventes totalt set at udgøre ca. 0,5 mio. kr.

Derudover skal analysen afdække, om der er rekvisitter, der betales licens for, men som ikke arbejder inden for overenskomsterne for henholdsvis almen- og speciallægepraksis.

Estimeret besparellespotentiale

- 0,5 mio. kr.

Interesserter

- DMDD
- Henholdsvis de biokemiske, mikrobiologiske og patologiske hospitalslaboratorier
- Datakonsulenterne

Ressourcer

Det estimerede ressourcetræk forventes at være 80 timer.

Projektleder

Søren Jessen Jensen, Enhed for Praksisoverenskomster.

Øvrige ressourcer

Medarbejdere fra CØK, CSU og DMDD

Punkt nr. 15 - Endelig afrapportering vedr. besparellesprojektet "bedre ressourcudnyttelse på praksisområdet"

Bilag 4 - Side -26 af 28
Region Hovedstaden

Projektkommissorium for:	
Effektivisering af praksiskonsulentordninger	
Strategisk indsats	
Bedre ressourcudnyttelse på praksisområdet	
Ejer	
Center for Sundhed	
Udfærdiger	
Center for Sundhed, Enhed for Tværsektoriel Udvikling	
Version	Dato
2	11.04.17
Workzone	16050637

Projektdefinition

Projektet skal undersøge, om regionens praksiskonsulentordninger kan effektiviseres og optimeres, uden at det påvirker arbejdet med kvalitetsudviklingen på praksisområderne.

Baggrund

Der er praksiskonsulentordninger på fem af de syv overenskomstområder i praksissektoren: Almen praksis, fodterapi, kiropraktik, fysioterapi og psykologhjælp. Overordnet set er formålet med ordningerne at styrke det tværsektorielle og tværfaglige samarbejde og fungere som bindeled mellem regionen og det praktiserende yderområde i faglige spørgsmål, herunder i relation til kvalitetssikring og udvikling indenfor yderområdets virksomhedsområde. For praksiskonsulenterne på almen praksis (KAP-H) gælder endvidere, at konsulenterne bidrager til udredning og identifikation af problemstillinger i sektorskiftet og agerer som brobyggere og formidlere af informationer mellem almen praksis, hospitaler og psykiatriske centre. KAP-H drives i fællesskab af PLO-H og regionen.

Af nedenstående tabel fremgår antallet af praksiskonsulenter fordelt på yderområder samt udgifter hertil

Honorar på de forskellige overenskomstområder

	Antal praksiskonsulenter	Antal timer om året	Timeløn	Årlige udgifter (løbende priser)
Psykologhjælp	1	360	942	339.020
Fysioterapi	2	690	673	464.690
Kiropraktik	2	368	864	318.020
Fodterapi	2	690	467	322.050
KAP-H	50	8.198	915	7.500.000
I alt	57	10.306		8.943.780

De samlede regionale udgifter til KAP-H udgjorde i 2016 14,4 mio. kr. Heraf udgjorde 7,5 mio. kr. midler til honorering af konsulenter. Det skal bemærkes, at den regionale andel til KAP-H blev reduceret med 0,8 mio. kr. i 2016.

På speciallægeområdet er der afsat 0,5 mio. kr. i 2017 til honorering af de praktiserende speciallægers repræsentation i de såkaldte samarbejdsfora vedr. speciallægepraksis, som skal understøtte samarbejde mellem speciallægepraksis og hospitaler samt almen praksis.

Formål

Projektets formål er at afdække, om de tiltag, der løftes af praksiskonsulenterne, kan optimeres og effektiviseres.

Det vurderes relevant at se på muligheder for effektiviseringer og optimeringer af de eksisterende ordninger, herunder om man kan være mere målrettet ift. konkrete tiltag, som praksiskonsulenterne skal arbejde

Punkt nr. 15 - Endelig afrapportering vedr. besparelserprojektet "bedre ressourceudnyttelse på praksisområdet"

Bilag 4 - Side 27 af 28

Beskrivelse af projektet på politisk niveau

Formålet med praksiskonsulentordningerne er at styrke det tværsektorielle og tværfaglige samarbejde og fungere som bindeled mellem regionen og det praktiserende yderområde i faglige spørgsmål, herunder i relation til kvalitetssikring og udvikling indenfor yderområdets virksomhedsområde. Det skal undersøges, om praksiskonsulentordningerne kan effektiviseres og optimeres, uden at det går ud over arbejdet med kvalitetsudviklingen på praksisområderne.

Projektets ønskede leverancer

- Afdækning af praksiskonsulentområdet, herunder de evalueringer, der er gennemført af dem.
- Afdækning og beskrivelse af muligheder for effektiviseringer og optimering
- Beskrivelse af konsekvenser ved ændring af praksiskonsulentordningen
- Konkrete forslag til beslutning

Projektets rammer

Projektets rammer er Overenskomst om almen praksis, konsulentaftaler på yderområder samt praksisplaner for yderområderne. PLO-H er medfinansierende af KAP-H i henhold til Overenskomst om almen praksis.

Tid

- Projektforløb frem til juli 2017
- Projektet kan umiddelbart igangsættes ift. indledende analyser af de enkelte konsulentordninger

Kvalitet

Kvaliteten af praksiskonsulenternes arbejde forventes ikke at blive ændret. Kvaliteten af behandling i praksis vil ikke blive ændret,

Gevinster

- At timetal og ansættelsesform for praksiskonsulentordningerne optimeres.

Estimeret besparelspotentiale

- 0,5 – 1 mio. kr.

Interessenter

- Praksiskonsulenter for de enkelte overenskomstområder
- Almen praksis
- Fysioterapeuter
- Kiropraktorer
- Psykologer
- Fodterapeuter

Ressourcer

Det estimerede ressourcetræk forventes at være 80 timer.

Projektleder

Heidi Mortensen/Mona-Lene Kjærgaard

Øvrige ressourcer

Repræsentanter fra KAP-H

**Punkt nr. 15 - Endelig afrapportering vedr. besparellesprojektet "bedre
ressourceudnyttelse på praksisområdet"**
Bilag 4 - Side -28 af 28

Oversigt over mindre indsatser under "Bedre ressourceudnyttelse på praksisområdet"

REGION

Punkt nr. 15 - Endelig afrapportering vedr. besparelserprojektet "bedre ressourceudnyttelse på praksisområdet"

Bilag 5 - Side 2 af 3
Øversigt over allerede igangsatte initiativer/allerede realiserede besparelser

Initiativ	Effektiviseringspotentiale	Forventet udmøntning af besparelse
Controlling på speciallægeområdet, herunder undersøgelse af brugen af personale i speciallægepraksis uden tilladelse	1,4 mio. kr.	Helårseffekt 2018
Ophør af praksiskandidatordningen på psykologområdet.	2,9 mio. kr.	Helårseffekt 2018
Forsendelsesydelse på speciallægeområdet honoreres ikke længere, da der er indført afhentningsordning af laboratorieprøver i speciallægepraksis	0,035 mio. kr.	Helårseffekt 2018
Samarbejdsaftale mellem regionen og Bornholms Regionskommune vedr. høreapparatsområdet på Bornholm	1 mio. kr.	Helårseffekt 2018
Udbud af ydelsen "sterilisation af mand"	0,48 mio. kr.	Helårseffekt 2018
Udbud af ydelsen "behandling af efterstær med YAG-laser"	1,2 mio. kr.	Helårseffekt 2018
Revision af positivlisten	0,2 mio. kr.	
Total	7,2 mio. kr.	Helårseffekt 2018

Oversigt over projekternes resultater under "Bedre ressourceudnyttelse på praksisområdet"

REGION

Punkt nr. 15 - Endelig afrapportering vedr. besparelsesprojektet "bedre ressourceudnyttelse på praksisområdet"

Bilag 6 Side 2 af 6

Projekt 1: Økonomisk potentiale ved etablering af direkte adgang til fysioterapi

Regionsadministrationen arbejder videre med at afdække muligheden for at igangsætte et pilotprojekt om direkte adgang til fysioterapeutisk behandling med offentligt tilskud uden forudgående henvisning fra egen læge. Formålet med pilotprojektet er at undersøge om der er behandlingsmæssige og økonomiske fordele ved at give patienter direkte adgang til fysioterapeutisk behandling i bestemte situationer. Baggrunden for projektet er internationale studier - bl. a. fra EU-lande med direkte adgang til fysioterapi, hvor resultaterne peger på færre omkostninger, bedre ressourceanvendelse og højere patienttilfredshed. Besparelserne opnås primært ved reduktion i antal henvisninger til speciallæger og billeddiagnostik, men også i antal konsultationer hos fysioterapeuter, samtidig med at patienterne kommer hurtigere i behandling og hurtigere tilbage i arbejde.

Det videre arbejde med at fastlægge de konkrete rammer og indhold af pilotprojektet er overgået til Implementeringsgruppen for praksisplan for fysioterapi nedsat under Samarbejdsudvalget vedr. fysioterapi. Relevante parter vil blive inddraget i arbejdet med nærmere beskrivelse af projektet, når de formelle rammer for projektet er faldet på plads.

Projekt 2: Besparelser på fysioterapiområdet

Projektets formål er at sikre, at kapaciteten i fysioterapipraksis ikke udvides uretmæssigt, og at overenskomstens bestemmelser herom overholdes. Administrationen har gennemgået omsætningerne for alle fysioterapeuter i 2016, og har på denne baggrund skrevet til fysioterapeuter, der har haft en markant afvigende omsætning i 2016 eller ikke har haft faldende omsætning på speciale 51 (almen fysioterapi, hvor regionsrådet giver ca. 40 procent af behandlingens pris i tilskud), som opfølgning på aftalen vedr. udgiftsdæmpende tiltag angående brugen af hjælpepersonale på speciale 51, der blev indført med virkning fra 1. september 2016.

Administrationen har i flere tilfælde også anmodet fysioterapeuterne om kopier af regninger for udførte behandlinger, da det er den eneste metode til at se, hvilke fysioterapeuter der har udført behandlingen af patienterne. På baggrund heraf har administrationen kunne konstatere, at flere af de adspurgte fysioterapeuter har benyttet ansatte fysioterapeuter, selv om regionen ikke var orienteret herom, og fysioterapeuterne har således udvidet kapaciteten uden tilladelse hertil. To af disse sager har ført til et tilbagebetalingskrav, mens flere sager har ført til nedjustering af de pågældende fysioterapeuters omsætningsloft. Administrationen arbejder videre med flere af sagerne. Disse sager vil dog ikke kunne blive færdigbehandlet i 2017, hvorfor eventuelle besparelser ikke vil have helårseffekt i 2018.

Projekt 3: Effektiviseringer på tandlægeområdet:

Siden den nugældende overenskomst for tandlægehjælp trådte i kraft den 1. april 2015 har der været en markant vækst i regionernes udgifter til tandlægehjælp. Udgiftsstigningerne tilskrives især implementeringen af nye kliniske retningslinjer for indkaldeintervaller i overenskomsten med kategorisering af patienterne i henholdsvis rød, gul og grøn kategori, hvor patienttilskuddet afhænger af, hvilken kategori patienten er placeret i. Regionsadministrationen har indsendt overenskomstkrav til Regionernes Lønnings og Takstnævn (RLTN) i forbindelse med forhandling af ny overenskomst mellem regionerne og tandlægerne. Regionen har med sine overenskomstkrav kraftigt markeret, at der er behov for radikale ændringer i den kommende overenskomst, således at den drastiske udgiftsvækst kan bremses.

Projekt 4: Økonomisk potentiale ved etablering af direkte adgang til udvalgte specialer for speciallægehjælp

Projektet har til formål at undersøge, om der er et økonomisk potentiale ved at ændre henvisningsadgangene i praksissektoren. Administrationen har på denne baggrund foretaget dataudtræk, litteratursøgning samt indhentet vurderinger fra relevante Sundhedsfaglige Råd for at undersøge, om der er økonomiske og faglige indikationer for at udvide henvisningsadgangen hhv. praksisspecialerne imellem samt fra hospital til speciallægepraksis. Herudover også hvorvidt der er potentiale i at etablere direkte adgang til gynækologisk eller dermatologisk speciallægepraksis.

Administrationen vurderer på baggrund af nationale og internationale studier, at det hverken fagligt eller økonomisk vil være hensigtsmæssigt at ændre sundhedsloven og etablere direkte adgang for borgerne til speciallægepraksis. Administrationen forventer derimod, at der vil kunne opnås en effektivisering ved at udvide henvisningsadgangene i praksissektoren mellem specialerne medio 2018. Administrationen er tæt på færdige med en samlet analyse på baggrund af det indsamlede materiale, men afventer fortsat svar fra nogle af de sundhedsfaglige råd. Vurderingerne fra rådene forventes at være administrationen i hænde senest medio november. Herefter kan den reelle effektiviseringsgevinst beregnes.

Projekt 5: Analyse af optimal kapacitet og ressourceudnyttelse i speciallægepraksis

Regionen kan beslutte at reducere antallet af fuldtids-, deltids- og overlægepraksis under overenskomst om speciallægehjælp i henhold til en samlet planlægning for tilrettelæggelsen af den ambulante speciallægebetjening i regionen. Regionen kan endvidere beslutte en reduktion, før der er foretaget en samlet planlægning for tilrettelæggelsen af den ambulante speciallægebetjening i regionen, når den samlede kapacitet inden for specialet i regionen klart overstiger det aktuelle og forventede behov eller på grund af strukturelle eller andre forhold. Reduktionen kan ske via opkøb eller ved ikke at genopslå kapaciteter, der går tilbage til regionen.

Ved reduktion i antallet af praksis i henhold til regionens beslutning herom vil regionen i så fald skulle yde speciallægen en godtgørelse for det tab, der påføres ved, at praksis ikke kan videreføres eller overdrages efter overenskomstens regler. Godtgørelsen er fastsat til 90 pct. af gennemsnittet af udbetalingen fra regionen vedrørende de gruppe 1-sikrede i de sidste 3 regnskabsår. Alt afhængig af speciale, kan den gennemsnitlige omsætning i en fuldtidspraksis variere mellem alt fra 2 mio. kr. til 7,5 mio. kr., mens den i en deltidspraksis varierer mellem 300 t.kr. og 1 mio. kr.

En reduktion af speciallægekapaciteten på baggrund af opkøb vil således ikke resultere i en besparelse i 2018, men være forbundet med en merudgift for Region Hovedstaden i form af godtgørelse til speciallægen og til forventet meraktivitet på hospital eller i almen praksis før en besparelse fremadrettet kan opnås. Hverken hospitalerne eller almen praksis har umiddelbart kapacitet til det.

Administrationen har inddraget én kapacitet indenfor reumatologispecialet og én kapacitet indenfor psykiatrispecialet grundet manglende overholdelse af overenskomstens bestemmelser. Derudover har én øjenlægepraksis haft administrativ tilladelse til midlertidigt at have en ekstra kapacitet, der medio 2017 er bortfaldet, idet praksis er blevet videresolgt. Denne administrative kapacitet vil ikke blive genopslået. Yderligere er en overlægekapacitet gået tilbage til regionen, da lægen ophørte, jf. overenskomstens bestemmelser.

Der er to deltidspraksis indenfor intern medicin – hhv. grenspecialerne kardiologi og endokrinologi, som er klausuleret til lukning ved ophør. Deltidskapaciteten vedr. kardiologi er ophørt, og goodwill er udbetalt svarende til ca. 0,6 mio. kr. Besparelsen har dog fuld effekt i 2018, eftersom protokollatet endnu ikke er nedskrevet. Deltidskapaciteten vedr. endokrinologi har endnu ikke meddelt ophør. Det vil koste regionen knap 1 mio. kr. i goodwill, når denne ophører.

Ved inddragelse af kapaciteter på speciallægepraksisområdet er det den samlede økonomiske ramme for hele landet, der bliver justeret, og derfor indregnes de 3 fuldtidskapaciteter med en besparelse på i alt 5,1 mio. kr. svarende til 1,7 mio. kr. pr. kapacitet.

Projekt 6: Praksis for udlevering og ordination af ernæringspræparater

Administrationen er bl.a. blevet inspireret af Region Syddanmark, der har haft succes med at gennemføre en informationskampagne. Region Syddanmark har i deres kampagne haft flere aktører som målgrupper for at opnå største mulig effekt af kampagnen. Informationskampagnen i Region Hovedstaden forventes at pågå i foråret 2018 og bliver rettet mod flere målgrupper; alment praktiserende læger, kommunalt plejepersonale, apotekerpersonale samt patienter og pårørende.

Der er usikkerhed om tolkning af lovgivningen vedr. udgifter til remedier ift., hvornår det skal finansieres vederlagsfrit af kommunen, og hvornår det skal finansieres med det regionale tilskud på 60 %. Administrationen har derfor været i dialog med Danske Regioner for at få dette afklaret. Administrationen har skrevet til Sundheds- og Ældreministeriet (SUM) for at få en juridisk afklaring på, hvordan lovgivningen skal tolkes, og hvem der har finansieringsansvaret for sondermedier. SUM forventes at komme med en udmelding ultimo oktober 2017, som forventes fulgt op af en lovændring. Lovændringen forventes tidligst vedtaget i januar 2018.

Region Midtjylland havde planlagt at gå i udbud med klinisk ernæring og sondermedier (for tilskudsordningen) i efteråret 2017. Region Midt har dog sat udbuddet i bero og afventer nu en endelig afklaring fra SUM. Administrationen vurderer, at Region Hovedstaden først vil kunne påbegynde et eventuel udbud, når der foreligger en afklaring fra ministeriet. Administrationen er fortsat i proces med at vurdere det juridiske grundlag for at gå i udbud med ernæringspræparatområdet i Region

Bilag 6 - Side -4 af 6

Projekt 7: Rekvisitioner i speciallægepraksis

Overenskomsten vedr. speciallægehjælp specificerer hvilke typer af medikamenter, speciallæger kan rekvirere til brug i deres praksis. Hittidigt har regionen dog betalt for medikamenter, der ikke var nævnt i overenskomsten.

Med udgangspunkt i data for 2016 har administrationen fået medicinfaglig hjælp til at udarbejde en oversigt over specifikke medikamenter, speciallægerne kan rekvirere. I denne forbindelse har administrationen også fået medicinfaglig bistand til at vurdere omfanget af rekvisitioner, der ikke burde blive honoreret af regionen. På baggrund af den faglige vurdering vurderer administrationen, at der kan indhentes besparelser på 0,5 mio. kr., hvis det sikres, at der ikke rekvireres medicin på regionens regning, som regionen ikke burde betale.

Administrationen påtænker at videreformidle oversigten over, hvilke lægemidler der kan rekvireres på regionens regning, til apoteker og speciallæger for at sikre, at der ikke bliver udleveret medicin til speciallæger på regionens regning, men i stedet skal betales af speciallægen selv.

Projekt 8: Analyse af medicinområdet

Region Hovedstaden bruger årligt ca. 1,6 mia. kr. på tilskud til medicin, hvorfor projektet har haft til formål at opnå bedre styring med ordinationerne i praksissektoren.

Der arbejdes i projektet fortsat på at etablere efteruddannelse og kurser til praktiserende speciallæger og almen læger med fokus på rationel farmakoterapi indenfor specifikke sygdomsområder. Der påtænkes opstart med kursus på hjerteområdet og dermed præparatvalg ift. hjertemedicin.

Der arbejdes i samme ombæring på, at vejledningerne i praksissektoren ligeledes afspejler et øget fokus på rationel farmakoterapi. Administrationen kan dog ikke nå at tilrettelægge tiltagene inden 2018, hvorfor en besparelse endnu ikke kan estimeres.

Derudover forventes en positiv effekt af regionens temadagen om seponering, som blev afholdt d. 29. september og havde fokus på de lægefaglige dilemmaer ved seponering af lægemidler. Temadagen var velbesøgt med ca. 230 deltagere.

Projekt 9A: Reduktion af udgifter til utensilier til blodprøvetagning

Projektet 'Reduktion af udgifter til utensilier til blodprøvetagning' har til formål at analysere, hvorvidt det er muligt at nedbringe udgiften til praksisrekvirerede utensilier til biokemiske analyser (blodprøver). Det er ikke muligt at lave et udbud på området, da der allerede er foretaget et udbud. Det skønnes ikke at være hensigtsmæssigt at ændre/formindske sortimentet. Administrationen arbejder på en analyse af yderes forbrug, og der er eventuelt en mindre besparelse.

Projekt 9B: Reduktion af udgiftsvækst vedr. den mikrobiologiske og patologiske praksisdiagnostik

Udgifterne til mikrobiologisk og patologisk praksisdiagnostik (analyse af laboratorieprøver) er de seneste år steget væsentligt mere end forudsat. Administrationen har på denne baggrund undersøgt muligheden for et styringsværktøj, der kan stabilisere udgiftsudviklingen.

Center for Sundhed har foreslået overfor Center for Økonomi, at der skal overgås til rammestyring vedr. udgifterne til praksisdiagnostik i modsætning til den aktivitetsbaserede model (stykaftergning), der anvendes i dag. Ved brug af rammestyring, vil Center for Sundheds udgifter til praksisdiagnostik være fastlagt og kendt på forhånd, hvilket vil give budgetsikkerhed, da laboratorierne ikke vil få flere midler, end den økonomiske fastsatte ramme. Center for Sundhed har derudover foreslået, at der indregnes en effektivisering på 9 mio. kr. i laboratoriernes budget. Center for Økonomi vil i efteråret 2017 komme med en endelig udmelding om den fremtidige styringsmodel.

Projekt 9C: Reduktion af udgifter til licenser til webreq

Der er iværksat en analyse af udgifterne til webreq licenser. På nuværende tidspunkt har analysen afdækket, at regionen har mulighed for at nedbringe licensudgiften til DMDD, idet der bl.a. opkræves licens for en del afgangsførte læger. Administrationen samarbejder med laboratorierne om at få rettet op på rekvirentlisterne i web-req. Endvidere har administrationen holdt møde med DMDD om den nuværende og fremtidige afregningsform.

Punkt nr. 15 – Endelig afrapportering vedr. besparelsesprojektet "bedre

ressourceudnyttelse på praksisområdet"

Der er i Region Nordjylland praksiskonsulentordninger på 5 af de 7 overenskomstområder i praksissektoren; almen praksis, fodterapi, kiropaktik, fysioterapi og psykologhjælp. Formålet med ordningerne er at understøtte såvel det monofaglige kvalitetsarbejde som det tværsektorielle og tværfaglige samarbejde. Der er ikke en konsulentordning på speciallægeområdet, men der er afsat midler til at facilitere samarbejdet mellem praktiserende speciallæger, praktiserende læger og hospitaler samt deltagelse i regionalt nedsatte arbejdsgrupper. Der har herudover været en tandlægekonsulent tilknyttet siden 2009, der har bistået i forbindelse med klagesagsbehandling på tandlægeområdet.

Administrationen har gennemgået regionens praksiskonsulentordninger med henblik på effektivisering og optimering. Administrationen vurderer, at det vil være muligt at spare 0,5 mio. kr. på speciallægepraksisområdet. Der vil fortsat være midler til rådighed for deltagelse af praktiserende speciallæger i sundhedsfaglige råd, diverse arbejdsgrupper mm. Administrationen vurderer endvidere, at der kan spares 0,5 mio. kr. på regionens udgifter til praksiskonsulenterne for almen praksis (KAP-H). Besparelsen svarer til en reduktion af timetallet på 500 timer årligt, svarende til ca. 10-12 timer ugentligt, ud af i alt 11.798 timer på årsbasis. Samarbejdet med tandlægekonsulenten er endvidere blevet opsagt, hvilket medfører en besparelse på 0,1 mio. kr. Det er administrationens vurdering, at det ikke er muligt at reducere i hverken antallet af timer eller implementeringsmidler, hvad angår konsulenterne for fysioterapi, psykologi, kiropaktik og fodterapi.

**Punkt nr. 15 - Endelig afrapportering vedr. besparellesprojektet "bedre
ressourceudnyttelse på praksisområdet"**
Bilag 6 - Side -6 af 6

UDVALGET VEDR. TVÆRSEKTORIET SAMARBEJDE

MØDETIDSPUNKT

31-10-2017 16:15

MØDESTED

Regionsgården mødelokale H7 og H8

MEDLEMMER

Hanne Andersen
Bodil Kornbek
Per Seerup Knudsen
Morten Dreyer
Karsten Skawbo-Jensen
Per Roswall
Erik Sejersten
Torben Kjær
Pia Illum

Punkt nr. 15 - Endelig afrapportering vedr. besparellesprojektet "bedre ressourceudnyttelse på praksisområdet"

Bilag 7 - Side 2 af 4

5.7. BESLUTNINGSSAG: STATUS PÅ "BEDRE RESSOURCEUDNYTTELSE I PRAKSISSEKTOREN"

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Forretningsudvalget besluttede på møde den 4. oktober 2016 at tildele ansvaret for initiativet "bedre ressourceudnyttelse på praksisområdet med fokus på medicinpraksis og heraf følgende besparelser" til udvalget vedrørende tværsektorielt samarbejde med henblik på efterfølgende behandling i forretningsudvalget og regionsrådet.

Administrationen har udarbejdet et katalog med 10 projekter, der skal sikre effektiviseringer for 30 mio. kr. i 2018. Udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde anbefalede overfor forretningsudvalget og regionsrådet på møde den 23. maj 2017 godkendelse af projektkataloget med bemærkninger. Det blev derudover aftalt, at resultaterne af projekterne forelægges udvalget, når disse foreligger.

I denne sag forelægges afrapportering for de projekter, hvor det endelige besparellespotentialer er opgjort med henblik på at udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde anbefaler godkendelse af projekterne i forretningsudvalget og regionsrådet. Den samlede afrapportering for "bedre ressourceudnyttelse i praksissektoren" forelægges udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde på møde den 28. november 2017 med henblik på efterfølgende godkendelse af de resterende projekter i forretningsudvalget og regionsråd ved møde den 5. december og 19. december 2017.

INDSTILLING

Administrationen indstiller, at udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde overfor forretningsudvalget og regionsrådet anbefaler, at godkende:

1. **at** projekt 2 vedr. besparelser på fysioterapiområdet afsluttes
2. **at** projekt 7 vedr. rekvisitioner i speciallægepraksis afsluttes
3. **at** projekt 9B vedr. laboratorieområdet afsluttes

POLITISK BEHANDLING

Udvalgets beslutning:

1. Anbefalet
2. Anbefalet
3. Anbefalet

Det blev under drøftelsen understreget, at de tre projekter, der træffes beslutning om i denne sag, alle vedrører den besparelse, som blev aftalt med budgetaftalen for 2017. Budgetaftaleteksten lyder:

"Ved at sætte fokus på patienternes medicinforbrug og herunder evt. ophør af medicin, bedre arbejdstilrettelæggelse og fokus på mulige ændringer i henvisningspraksis forventes det. At der kan findes besparelser på 30 mio. kr. i 2018."

SAGSFREMSTILLING

I budgetaftalen for 2017 er der øget fokus på praksissektoren. Det fremgår af budgetaftalen, at der skal findes effektiviseringer i praksissektoren for 30 mio. kr. i 2018. På denne baggrund har administrationen udarbejdet et projektkatalog indeholdende 10 projekter. Projektkataloget er vedlagt som bilag 4. På møde den 23. maj 2017 anbefalede udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde overfor forretningsudvalget og regionsrådet godkendelse af projektkataloget med bemærkninger. Regionsrådet tiltrådte på møde den 13. juni 2017 forretningsudvalgets anbefaling om godkendelse af projektforslagene.

Da besparellespotentialer for de 10 projekter har været estimeret, har den endelige besparelse været forbundet med en vis usikkerhed. Administrationen har derfor sideløbende igangsat nogle indsatser, der skal sikre, at der findes effektiviseringer for i alt 30. mio. kr. Disse mindre indsatser er nærmere

Punkt nr. 15 - Endelig afrapportering vedr. besparellesprojektet "bedre ressourceudnyttelse på praksisområdet"

Bilag 7 Side 3 af 4

På mødet i udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde den 23. maj 2017 blev det aftalt, at udvalget skal orienteres om projekterne, når administrationen endeligt har vurderet effektiviseringspotentialerne for projekterne, samt hvordan de kan opnås. I denne sag forelægges resultaterne for 3 projekter, hvor administrationen har opgjort det endelige effektiviseringspotentiale. En uddybende forklaring af projekternes resultater er vedlagt i bilag 6.

Projekt 2: Besparelser på fysioterapiområdet

I projektkataloget vurderede administrationen effektiviseringspotentialet til 4 mio. kr. på baggrund af tidligere controllingsager på fysioterapiområdet. Administrationen er fortsat i gang med at behandle sager vedrørende mulig overtrædelse af overenskomsten. Disse sager kan ikke nå at blive afsluttet i 2017, hvorfor eventuelle besparelser ikke vil have helårseffekt i 2018. Administrationen har indtil videre opnået effektiviseringer på området for knap 2 mio. kr.

Estimeret effektiviseringspotentiale: 4 mio. kr.

Reelt besparellespotentiale: 1,9 mio. kr.

Projekt 7: Analyse af rekvisitioner i speciallægepraksis

Administrationen estimerede i projektkataloget besparellespotentialet til 1 mio. kr. på baggrund af data fra 2015. Med udgangspunkt i data for 2016 har administrationen indhentet en faglig vurdering af brugen af medicin i speciallægepraksis. På baggrund af den faglige vurdering vurderer administrationen, at det endelige effektiviseringspotentiale udgør 0,5 mio. kr.

Estimeret effektiviseringspotentiale: 1 mio. kr.

Reelt effektiviseringspotentiale: 0,5 mio. kr.

Projekt 9B: Reduktion af udgiftsvækst i forhold til den patologiske og mikrobiologiske praksisdiagnostik

Administrationen vurderede i projektkataloget effektiviseringspotentialet til 5-10 mio. kr. Center for Sundhed har med Center for Økonomi drøftet mulighederne for budgetsikkerhed vedrørende udgifterne til laboratorieprøver fra praksissektoren. Center for Sundhed har foreslået en ændring af modellen for betalingen af laboratorieprøver. Den foreslåede model (med en fast økonomisk ramme i modsætning til stykafregning) vil sikre, at udgifterne til laboratorieprøver fra praksissektoren ikke vil stige fremadrettet. Derudover har Center for Sundhed foreslået, at der indregnes en effektivisering på 9 mio. kr. i laboratoriernes økonomiske ramme. Center for Økonomi vil i efteråret 2017 komme med en endelig udmelding om den fremtidige afregningsmodel.

Estimeret effektiviseringspotentiale: 5-10 mio. kr.

Reelt effektiviseringspotentiale: 9 mio. kr.

Samlet effektiviseringspotentiale

Administrationen forventer fortsat, at de iværksatte tiltag samlet set vil medføre en mere effektiv ressourceudnyttelse på praksisområdet svarende til 30. mio. kr., selvom det ikke er muligt at udmønte det fulde besparellespotentiale på henholdsvis speciallæge- og fysioterapiområdet. De mindre indsatser, som administrationen sideløbende har igangsat, vil bidrage til opnåelse af den fulde besparelse.

Initiativ	Estimeret besparellespotentiale
10 projekter	23 mio. kr.
Mindre indsatser	7 mio. kr.
Total	30 mio. kr.

KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen indebærer, at administrationen vil fortsætte arbejdet med implementering af effektiviseringerne.

RISIKOVURDERING

Administrationen finder fortsat, at der kan opnås effektiviseringer på 30 mio. kr. i 2018, selv om det ikke er muligt at udmønte det fulde besparellespotentiale på henholdsvis speciallæge- og fysioterapiområdet, idet de mindre indsatser, som administrationen sideløbende har igangsat, vil bidrage til opnåelse af den

Side 11 af 33

Punkt nr. 15 - Endelig afrapportering vedr. besparellesprojektet "bedre ressourceudnyttelse på praksisområdet"

Bilag 7 Side 4 af 4

BEVILLINGSTEKNISKE KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen har ikke i sig selv bevillingstekniske konsekvenser. Besparelserne indgår i det administrative budget for 2018.

KOMMUNIKATION

Ved tiltrædelse af indstillingen vil administrationen fremsende status på projekter til relevante ydergrupper.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

På mødet i udvalget den 28. november 2017 vil administrationen forelægge endelig afrapportering for de resterende projekter med henblik på efterfølgende godkendelse i forretningsudvalget ved møde den 5. december 2017 og regionsrådet ved møde den 19. december 2017. Den endelige afrapportering for projekterne i denne sag vil blive behandlet i forretningsudvalget og regionsrådet sammen med den endelige afrapportering for de resterende projekter.

DIREKTØRPÅTEGNING

Hjalte Aaberg / Svend Hartling

JOURNALNUMMER

16042833

BILAGSFORTEGNELSE

- 1. FU protokol - budgetsag
- 2. TVÆRS protokol 23. maj 2017
- 3. RR protokol 13. juni 2017
- 4. Projektkatalog
- 5. Oversigt over mindre indsatser
- 6. Uddybende beskrivelse af projekter, der er afsluttet.

Punkt nr. 16 - Udmøntning af midler til arbejdet med sundhedsaftalen i 2018**Bilag 1 - Side -1 af 2****Bilag 1:**

Oversigt vedr. udmøntning fra "Puljen til understøttelse af initiativer, der følger af Sundhedsaftalen 2015-2018".					
Indsats nr. i sundhedsaftalens implementeringsplan	Emne	2018*	2017	2016	2015
Arbejdsgrupper	Pulje til arbejdsgrupper (ekspertbistand mm.)	0,5	0,5	0,15	0,15
6	Udvælge og afprøve modelprojekter om nye samarbejdsformer	0	5,0	4,0	0
8	Udarbejde og afprøve en samarbejdsmodel for det tværsektorielle samarbejde om socialt sårbare familier med syge børn.	0	1,0	0	0
9	Differentierede indsatser	0	0,75	0,75	0
10	Evalueringsprojekter vedr. Sårbar Gradvide	0	0	0,5	0
33,48 og 55	Tidlig opsporing	0	0	0,7	0
15,36,39,47,51,52 og 54	Kommunikationsaftaler og samarbejdsaftaler	0,5	0	1,19	0,77
17	FMK-Tværs	0	0	0,5	0,5
27	Telemedicinske sårstyring	0	0	0,47	0,65
20	Tværasektorielt samarbejde om patientsikkerhed (centralt ansat risiko-manager)	0	0	0,65	0,0
31	Etablering af et mindre antal, men større forsknings- og udviklingsprojekter om ulighed i sundhed	0	3,0	2,0	0
60		3,0	3,0	0,75	0

Punkt nr. 16 - Udmøntning af midler til arbejdet med sundhedsaftalen i 2018

Bilag 1 - Side -2 af 2

	Implementere en tværsektoriel model for systematisk medicingennemgang og medicinafstemning				
61	Hurtigere fremsendelse – Epikriser	0	0	2,6	5,1
62	Implementering FP kræftrehabilitering	0	0	4,4	2,75
63	Implementering FP Erhvervet hjerneskade	0	0	0,4	0,2
67	Styrket indsats i forhold til mobilisering og genoptræning af ældre medicinske patienter	0	3,0	3,0	0
69 +72	Genoptræningsforløbsbeskrivelser	0	0	0	0,25
	I alt	4,0	16,25	22,06	10,4

- Beslutning om udmøntning af puljen for 2018 træffet på regionsrådets møde den 19. december 2018.

Punkt nr. 16 - Udmøntning af midler til arbejdet med sundhedsaftalen i 2018

Bilag 2 - Side -1 af 4

IMPLEMENTERINGSPLAN for Sundhedsaftalen for 2015 - 2018 - oversigt over fordeling af indsatserne opdateret 110716				
Farvekode: Borgeren som aktiv samarbejdspart				
Farvekode: Nye og bedre samarbejdsformer				
Farvekode: Lighed i sundhed				
Farvekode: Sammenhæng og kvalitet				
Alle opgaver er som udgangspunkt forankret i DAS.				
Indsats nr.	afsnit i SA3	Forankring	Indsatsbeskrivelse	Opstart
2015				
1	2.1	Aktivt samarbejde med borgere og pårørende	Fremme aktivt samarbejde med borgere i alle sektorer ved at prioritere mellem eksisterende aktiviteter og metoder, der kan styrke samarbejdet mellem borgere, herunder pårørende og fagprofessionelle, og tage stilling til udbredelse af projekter, som har vist sig virkningsfulde og effektive.	2015
2	2.1	Telemedicinsk Videncenter	Understøtte borgerens indflydelse på og muligheder for egenomsorg, herunder sikker behandling, forebyggelse og rehabilitering i eget hjem gennem udbredelse af telemedicinske indsatser. I arbejdet skal der indledningsvist identificeres og tages stilling til udbredelse og koordinering mellem eksisterende aktiviteter på området for telesundhed.	2015
3+4	2.2	Aktivt samarbejde med borgere og pårørende	Arbejde for styrkelse af systematisk involvering af borgere ved udvikling og tilrettelæggelse af det organisatoriske samarbejde, der vedrører tværsektorielle indsatser og forløb	2015
5	3.1	Nye samarbejdsformer	Aftale principper for arbejdet med integrerede organisatoriske modeller med f.eks fælles drift, mål og samfinansiering på tværs af kommuner, hospitaler og praksissektoren.	2015
9	4.1.2	Patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom	For at sikre udvikling af differentierede tilbud, hvor borgerens behov og ønsker er i fokus, vil vi udvælge to til tre målgrupper, hvor der afprøves løsninger, der tilgodeser det øgede behov for koordinering og fleksibilitet, der gør sig gældende for målgruppen. Dette skal ske med afsæt i den tilgængelige viden.	2015
11	4.2.2.	Samarbejde mellem RHP og KK	For at sikre borgere med samtidig psykisk sygdom og misbrugsproblematik en effektiv, koordineret udredning og behandling af både psykisk sygdom og misbrug vil vi udvikle og udbrede nye organisatoriske modeller for dette samarbejde mellem region og kommuner. Det skal ske med afsæt i lokale erfaringer fra samarbejdsaftalerne og eksisterende projekter. Modellerne tilpasses tillige de nationale retningslinjer for koordinerede indsatsplaner	2015
13	5.1.1	Styregruppen for evaluerings- og analysemodellen	For at styrke datadreven kvalitetsudvikling vil vi registrere data i rehabiliteringsdatabasen indenfor udvalgte indikatorer først for diabetes og dernæst for KOL.	2015
16	5.1.2	IT og Elektronisk kommunikation	Følge den Nationale strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet anvisninger for udbredelse af beskedsbaseret digital kommunikation for psykiatrien, socialpsykiatrien, handicapområdet og jobcentre. Med udgangspunkt i ovenstående punkter skal den eksisterende tværsektorielle kommunikationsaftale udbygges og implementeres.	2015
17	5.1.2	FMK-tværs	For at styrke brugen af det Fælles Medicin Kort vil vi udarbejde og medio 2015 have implementeret en aftale om, hvordan parterne anvender FMK i det tværsektorielle samarbejde. Aftalen skal dels dække forhold under implementeringen og dels sikre arbejdsgange og følge op på kvaliteten i anvendelsen af FMK, når FMK er i drift medio 2015. Aftalen skal imødekomme de særlige forhold, der gør sig gældende, på det specialiserede socialområde.	2015
18	5.1.3	Patientsikkerhed	Medvirke til udvikling af Dansk Patientsikkerheds Database (DPSD), så data kan ses på tværs af sektorer.	2015
19	5.1.3	Patientsikkerhed	Aftale og implementere en tværsektoriel organisering af samarbejdet mellem region og kommunerne omkring utilsigtede hændelser, som tager udgangspunkt i samarbejdet mellem regionale og kommunale risikomanagere og patientsikkerhedskonsulenter fra almen praksis.	2015
21	5.1.4	Patientrettet forebyggelse og sygdom	Fastlægge hvilke indikatorer, der skal anvendes til at følge implementeringsgraden og kvaliteten af forløbsprogrammerne, samt aftale hvilke konkrete mål for kvalitet i tilbuddene og videre implementering, der skal nås.	2015
22	5.1.4	Forebyggelse af ind- og genindlæggelser	Med henblik på mere effektiv ressourceudnyttelse og bedre patientoplevelse kvalitet gennemføres først et fælles analysearbejde, hvor der kan samkøres data på tværs af sektorgrænser. Dernæst udvikles og afprøves en model, der kan reducere forebyggeligt storforbrug af sundhedsydelser for ældre medicinske patienter med kroniske sygdomme. Efterfølgende vurderes mulighederne for udbredelse af modellen.	2015
27	5.1.5	Sårpleje, CSU	Indgå aftale om regionens rådgivningsforpligtelse vedr. sårpleje. I aftalen skal der udpeges særlige indsatsområder, herunder evaluering og udvikling af rådgivningen via telemedicinsk kommunikation samt udvikling af indikatorer på området. Der skal i aftalen være fokus på at øge kompetencerne hos relevante målgrupper omkring forebyggelse af tryksår.	2015
29	5.1.6	Forebyggelse af ind- og genindlæggelser	Udarbejde en overordnet ramme for samarbejdet mellem behandlingsansvarlige læger og kommunale medarbejdere, når de udfører lægelige ordinationer i hjemmesygeplejen, på plejehjem, i akutfunktioner og botilbud. (Skal løftes i sammenhæng med indsats 56)	2015
30	5.1.7	DAS	Løbende og efter behov indgå aftaler i regi af Sundhedskoordinationsudvalget om opgaveoverdragelse i forbindelse med større, strukturelle og principielle flytninger af opgaver mellem kommuner og region.	2015
32	5.2.1	Patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom	Sikre systematisk opdatering af kommuner og hospitalers informationer om tilbud på forebyggelses- og rehabiliteringsområdet på SOFT-portalens således, at den nyeste og relevante information om konkrete forebyggelses- og rehabiliteringstilbud altid er tilgængelig på Sundhed.dk. Herunder skal der også sikres synlighed af tilbud, som er rettet mod borgere med psykisk sygdom, vidtgående psykisk og/eller fysisk handicap og borgere med et skadeligt og afhængigt forbrug af rusmidler	2015
42	5.2.6	administrativt oplæg	Sikre entydig og lettilgængelig henvisningsprocedure til misbrugsbehandling	2015

Punkt nr. 16 - Udmøntning af midler til arbejdet med sundhedsaftalen i 2018

Bilag 2 - Side -2 af 4

50	5.2.10	Patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom	For at styrke den tidlige opsporing i almen praksis af borgere med KOL og astma hos børn udarbejdes samarbejdsaftaler herom.	2015
51	5.3.1	DKK	Snarligt revidere den gældende Kommunikationsaftale blandt andet med henblik på en forenkling af centrale aftaledele. Der skal endvidere sættes fokus på aktiv inddragelse og samarbejde med borgeren i forbindelse med udskrivelse	2015
52 + 15	5.3.1	IT og Elektronisk Kommunikation	52: Udarbejde og implementere Kommunikationsaftaler for: Ambulante forløb, børn og unge, det akutte område og på psykiatriområdet – herunder også for børne- og ungdomspsykiatrien (børn+unge+psyk) 15: For at understøtte sammenhæng og tilgængelighed af data vil vi implementere beskedbaseret digital kommunikation for det ambulante område og akutområdet	2015
54 + 36a + 39 + 47	5.3.1	Revision af samarbejdsaftaler på psykiatriområdet Børn og voksne	54: Revidere og omdanne Samarbejdsaftalerne på psykiatriområdet til én generisk samarbejdsaftale på voksenområdet henholdsvis børne- og ungeområdet, der gælder for alle kommuner og alle psykiatriske centre/børne- og ungdomspsykiatriske center. Herunder skal der arbejdes systematisk med understøttelse af aftalernes implementering i den daglige drift. 36a: Aftale retningslinjer for samarbejdet mellem kommuner og praktiserende læger om børn og unge, der ønskes henvist til Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center. 39: Sikre synlighed og let tilgængelig information om henvisning fra primærsektor til regionens børne- og unge psykiatri 47: Sikre klar kommunikation om udrednings- og behandlingsansvar og sikre lettilgængelige henvisningsveje til behandlingstilbud i kommuner, hospitaler og praksissektoren. (psykisk sygdom)	2015
58	5.3.3.1	Forebyggelse af ind- og genindlæggelser	For at skabe overblik og effektiv ressourceudnyttelse vil vi sikre koordinering og implementering i forhold til forløbskoordination og de regionale og kommunale følgeordninger: Følge hjem, ringe hjem og opfølgende hjemmebesøg samt kommunale ordninger, der følger op efter udskrivning. (red. forløbskoordination for særligt svækkede ældre medicinske patienter)	2015
61	5.3.4	Hospitalsdirektionerne	Understøtte en samlet set hurtigere fremsendelse af epikriser til egen læge end i dag. Særligt for borgere, hvor kommunen eller egen læge er umiddelbart involveret i den fortsatte behandling af borgeren, sikres det at epikrisen fremsendes til egen læge, samme dag for borgere udskrevet på hverdage inden kl 12 og ellers senest en hverdag efter udskrivelsen af borgeren	2015
62	5.3.5	Patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom	Vi har i 2014 udarbejdet en fælles plan for implementering af anbefalingerne i det nationale forløbsprogram for kræftrehabilitering og palliation, som vi vil følge.	2015
63	5.3.5	Implementeringsgruppe, CSU	Arbejde med implementering af Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer for rehabilitering af børn og voksne med erhvervet hjerneskade.	2015
68	5.4.2	Genoptræning, rehabilitering og hjælpemidler	For at skabe mere smidige kommunikationsveje mellem hospital og kommune om borgere med samtidigt behov for genoptræning og rehabilitering vil vi bl.a. i takt med udviklingen af MedCom-standarderne arbejde for, at den samme MedCom-standard anvendes til både genoptrænings- og rehabiliteringsforløb	2015
69	5.4.3	Genoptræning, rehabilitering og hjælpemidler	For at skabe sammenhæng i genoptræningsforløb, der bygger på mest mulig evidens, skal allerede igangsat udvikling af tværsektorielle genoptræningsforløbsbeskrivelser færdiggøres og implementeres. Arbejdet med at udvikle nye tværsektorielle genoptræningsforløbsbeskrivelser fortsættes ud fra en organisering af udviklingsarbejdet, der er ressourceeffektiv.	2015
72	5.4.4.4	Genoptræning, rehabilitering og hjælpemidler	Indgå aftale om udmøntning af Bekendtgørelse samt vejledning om genoptræning eksempelvis ved udarbejdelse af et nyt snitfladekatalog og fastsættelse af ventetider, der hvor det er sundhedsfagligt begrundet.	2015
73	5.4.4.4	Genoptræning, rehabilitering og hjælpemidler	Implementere nationale visitationsretningslinjer for personer med erhvervet hjerneskade når retningslinjerne kommer.	2015
			2016	
6	3.1	Nye samarbejdsformer	Udvælge og afprøve to til tre større modelprojekter, som udvælges ud fra ovennævnte aftale om principper. Der skal i den konkrete projektudvikling tages hensyn til de organisatoriske rammer, der er gældende for praksissektoren	2016
7	4.1.1	Patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom	For at sikre, at borgere i højere grad tilbydes en indsats, der tager udgangspunkt i borgerens behov, ønsker og ressourcer, vil vi udvikle og implementere metoder til identificering af sårbarhed hos borgere med kronisk sygdom/multisygdom. (2015)	2016
8	4.1.1	Børn	For at styrke behandling af børn med sygdom i socialt sårbare familier vil vi udarbejde og afprøve en samarbejdsmodel for det tværsektorielle samarbejde om socialt sårbare famili-er med syge børn.	2016
10	4.2.1	Fødeplanudvalget	For at styrke grundlaget for en forbedret indsats over for sårbare gravide, skal der foretages en samlet evaluering af tidligere og igangværende tværsektorielle projekter, som er målrettet sårbare gravide, med henblik på at beskrive anbefalinger til generel implementering.	2016
14	5.1.1	Administrativt oplæg	Almen praksis vil levere data fra datafangst, efterhånden som det bliver muligt, og løbende deltage i udvikling af nye indikatorer med afsæt i datafangst.	2016
20	5.1.3	Patient sikkerhed	Med henblik på at skabe sammenhængende og sikre forløb, hvor læring fra fx hændelsesanalyser, kerneårsags-analyser og andre relevante patientsikkerhedsanalyser inddrages, vil vi etablere et systematisk og struktureret samarbejde mellem relevante aktører, som har direkte berøringsflade med borgere på botilbud og borgere med komplekse psykiatriske forløb.	2016

Punkt nr. 16 - Udmøntning af midler til arbejdet med sundhedsaftalen i 2018

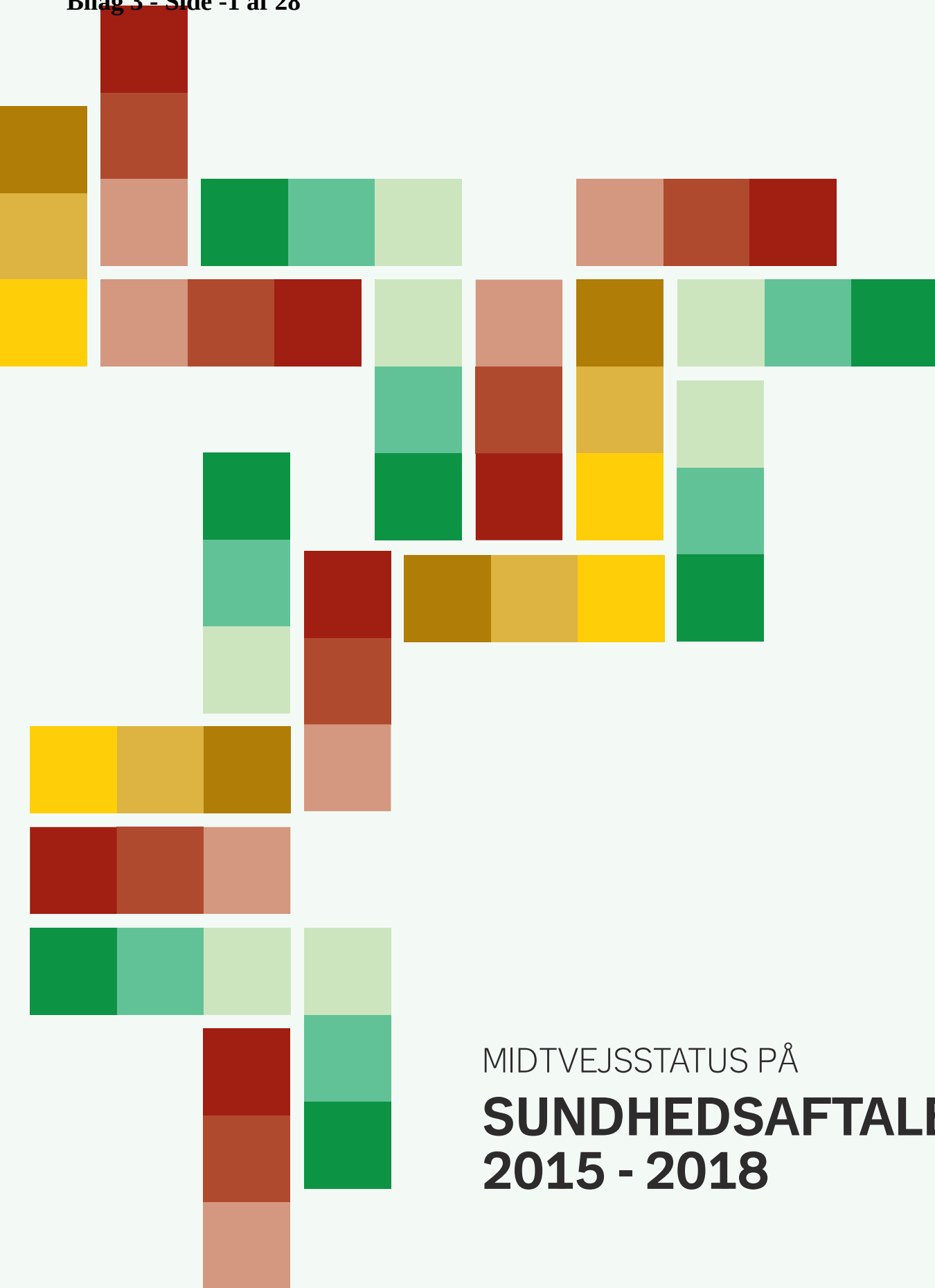
Bilag 2 - Side -3 af 4

23	5.1.5	ETU med inddragelse af Styregruppen for sundhedsprofilerne - FCFS og arbejdsgruppen vedrørende patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom (skal godkendes i DAS)	Indgå aftale om regionens rådgivningsforpligtelse vedr. sundhedsprofilerne. Sundhedsprofilerne skal fortsat bruges som monitoreringsværktøj til at følge udviklingen i borgernes sundhed og sygelighed. Aftalen skal sikre, at sundhedsprofilerne samtidig er anvendelsesorienterede i forhold til kommunernes forebyggelsesindsatser. Aftalen skal desuden medvirke til kompetenceudvikling indenfor evaluering og metodeudvikling.	2016
24	5.1.5	Patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom	Indgå aftale om regionens rådgivningsforpligtelse vedr. kronisk sygdom og multisygdom. I aftalen skal der bl.a. være fokus på datadrevet rådgivning baseret på monitoreringen af borgere med kronisk sygdom og differentierede indsatser overfor sårbare borgere.	2016
28	5.1.5	Forebyggelse af ind- og genindlæggelser	Indgå aftale, som understøtter let adgang til rådgivning og specialviden i konkrete tværsektorielle forløb for borgere med komplekse pleje- og rehabiliteringsbehov samt borgere med psykisk sygdom. Aftalen skal målrettes udvalgte grupper af patienter, der kræver en specialiseret indsats. Vi er enige om, at der ikke er tale om en stående, fri og vederlagsfri ret til at trække på hinandens kompetencer.	2016
31	5.1.8	Styregruppen for tværsektorielt forskningssamarbejde	For at understøtte vores arbejde med at sikre lighed i sundhed gennemføres et mindre an-tal, men større tværsektorielt forankrede forsknings- og udviklingsprojekter vedrørende tidlig opsporing, rekruttering og fastholdelse af sårbare og udsatte borgere i forebyggelses- behandlings- og rehabiliteringstilbud, herunder forskning om muligheder for at understøtte, at sårbare og udsatte borgere er aktive samarbejdsparter i eget forløb.	2016
33	5.2.1	Samordningsudvalgene	Styrke samarbejdet omkring anvendelsen af forebyggelses- og rehabiliteringstilbud gennem lokale initiativer. Herunder bl.a. aftale retningslinjer for samarbejdet mellem kommuner, hospitaler og almen praksis der sikrer, at borgere med behov herfor tilbydes alkohol- og tobaksintervention forud for operation. (sammenhæng til indsats 32)	2016
43	5.2.7	Børn	Synliggøre eksisterende tilbud til børn i familier med misbrugsproblemer.	2016
45	5.2.8	Patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom	Tage stilling til udvikling og implementering af forløbsprogrammer for psykiske lidelser, når den generiske model fra Sundhedsstyrelsen foreligger.	2016
48	5.2.9	Patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom	Fastlægge principper for, hvordan kommuner, hospitaler og praksissektoren kan samarbejde om at motivere borgere med psykisk sygdom til at benytte kommunale og regionale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud.	2016
53	5.3.1	Administrativt oplæg	Udarbejde en aftale for støtte til borgere (børn og voksne) med svære kommunikationsvanskeligheder, der indlægges fra sociale tilbud til udredning og behandling på hospital.	2016
55	5.3.2	Forebyggelse af ind- og genindlæggelser	Styrke det tværsektorielle samarbejde om tidlig opsporing og tidlig indsats vedr. begyndende sygdomsudvikling eller forværring af sygdom ved at implementere redskaber, som er udviklet til formålet, og som så vidt muligt er evidensbaseret og derudover tage afsæt i en opsamling af erfaringerne med tidlig opsporing og tidlig indsats.	2016
56	5.3.2.1	Forebyggelse af ind- og genindlæggelser	Med udgangspunkt i eksisterende erfaringer udarbejdes aftaler for samarbejdet mellem kommuner, almen praksis og hospitalerne omkring de kommunale subakutte/akutte pleje- og behandlingstilbud. Aftalerne skal beskrive samarbejdet omkring og ansvarsfordelingen af det lægefaglige behandlingsansvar, tilgængelighed for lægefaglig rådgivning og vurdering af borgerens situation og samarbejde om understøttelse og oplæring af medarbejdere. Aftalerne skal omfatte både psykiatri og somatik. (sammenhæng til indsats 29)	2016
57	5.3.2.2	Fødeplanudvalget	Analysere genindlæggelsesmønstret for nyfødte med henblik på vurdering af behovet for implementering af yderligere tværsektorielle indsatser.	2016
59	5.3.4	Forebyggelse af ind- og genindlæggelser	Præcisere organiseringen og ansvarsfordelingen i samarbejdet mellem kommunerne, hospitalerne og praksissektoren med fokus på rettidig og korrekt medicinkommunikation. Der skal til enhver tid være klart kommunikeret, hvem der har det lægefaglige ansvar for den samlede medicinering af borgeren.	2016
60	5.3.4	Klinisk Farmakologisk Afdeling, Bispebjerg/Frederiksberg Hospitaler	Implementere en tværsektoriel model for systematisk medicingennemgang og medicinafstemning.	2016
64	5.3.5	Implementeringsgruppe, CSU	Etablere indsatser for borgere med erhvervet hjerneskade, som kan forebygge genindlæggelser og forværring af borgerens og familiens situation. Det kan eksempelvis handle om opretholdelse af en hjerneskadekoordinatorkommission i kommunerne, gennem etablering af mulighed for revurdering/tilbageløb for borgere med særlige problemstillinger og gennem etablering af graderede rehabiliteringstilbud både i kommunerne og på hospitaler.	2016
65	5.3.5	Patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom	Understøtte indsatser, der fremmer tidlig og kvalificeret opsporing, idet jo tidligere sygdommen (demens) opdages, des bedre er mulighederne for at vælge effektive behandlingsmetoder, planlægge den sociale indsats og inddrage borgeren og de pårørende som aktive samarbejdsparter.	2016
66	5.3.5	Patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom	Forløbsprogrammet for demens - Tilrettelægge og gennemføre den videre implementering af forløbsprogrammets indsatser samt revisionen af forløbsprogrammet med afsæt i den gennemførte evaluering af forløbsprogrammet for demens.	2016
67	5.4.1	Hospitalsdirektionerne	For at sikre mindst mulig tab af funktionsevne under indlæggelse vil vi sikre, at hospitalerne har tilstrækkeligt fokus på mobilisering og genoptræning af ældre medicinske patienter.	2016
			2017/ 2018	
12	4.2.3	Forebyggelse af ind- og genindlæggelser	For at understøtte, at særligt udsatte borgere får lettere adgang til udredning, behandling og pleje, vil vi indgå aftaler, der bl.a. skal sikre lettere adgang til opfølgende pleje- og behandlingsindsatser efter udskrivelse fra hospital. Samarbejdsaftalerne udvikles med afsæt i eksisterende erfaringer.	2017

Punkt nr. 16 - Udmøntning af midler til arbejdet med sundhedsaftalen i 2018

Bilag 2 - Side -4 af 4

25	5.1.5	Administrativt oplæg	Videreudvikle aftale om regionens rådgivningsforpligtelse vedr. hygiejne ved at følge op på evalueringen af den nuværende hygiejneaftale og eventuelt komme med anbefalinger til indsatsområder.	2017
26	5.1.5	Forebyggelse af ind- og genindlæggelser	Indgå aftale om regionens rådgivningsforpligtelse vedr. medicin. I aftalen skal der udpeges særlige indsatsområder, herunder f.eks. Fælles MedicinKort (FMK) og polyfarmaci (anvendelse af mange slags medicin) hos borgere med multisygdom.	2017
34	5.2.2	IT og Elektronisk Kommunikation	Arbejde for en bedre tværsektoriel kommunikation på svangre- og barselsområdet.	2018
35	5.2.2	Fødeplanudvalget	Indgå aftaler, der sikrer fælles fødsels- og forældreforberedelse på tværs af sektorerne. Tilbuddene skal udformes på en måde, der særligt fremmer sårbare gravides motivation og muligheder for at deltage i fødselsforberedelsen. (2016)	2017
36	5.2.3	Børn + praksisplanudvalget	Aftale retningslinjer for systematisk kommunikation på børneområdet mellem almen praksis og den kommunale sundhedspleje om udveksling af relevante helbredsoplysninger	2017
37	5.2.4	Børn + praksisplanudvalget	Udvælge og udbrede værktøjer til brug for tidligere opsporing af psykisk mistrivsel hos børn i forskellige aldersgrupper hos såvel kommune som almen praksis.	2017
40	5.2.5	Børn	Udarbejde retningslinjer for tidlig opsporing af børn og unge som pårørende og aftale, hvordan der varsles mellem sektorerne i forhold til børn og unge, der oplever dødsfald og/eller er pårørende til familiemedlemmer med alvorlig psykisk eller somatisk sygdom	2017
41	5.2.6	Patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom	Understøtte tidlig opsporing og indsats overfor borgere, herunder unge med skadeligt og afhængigt forbrug af rusmidler, uanset hvor i sundhedsvæsenet, borgeren mødes.	2017
44	5.2.7	Børn	Aftale, hvordan varsling mellem sektorerne kan udbygges i forhold til børn i familier med misbrugsproblemer, således at det sikres, at børnene med behov findes og henvises til eksisterende tilbud.	2017
46	5.2.8	Administrativt oplæg	Sikre rådgivning af medarbejdere på bl.a. ungdomsuddannelserne og i jobcentrene om metoder til identifikation af mulig psykisk lidelse.	2018
49	5.2.9	Arbejdsgruppe under Praksisplanudvalget	Aftale, hvordan borgere, der er tilknyttet kommunernes socialpsykiatri og botilbud, systematisk kan tilbydes og motiveres til at gennemføre forebyggende sundhedsundersøgelser hos egen læge.	2017
70	5.4.3	Genoptræning, rehabilitering og hjælpemidler	Udvikle og implementere retningslinjer for træning før operation eller behandling indenfor udvalgte diagnosegrupper, hvor der er evidens for effekt (eksempelvis ryg, knæ og skulder).	2017
71	5.4.3	Genoptræning, rehabilitering og hjælpemidler	Fortsætte den fælles implementering af valide og pålidelige test og målinger for konkrete patientgrupper.	2017
74	5.4.5	Praksisplan for fysioterapeuter	Sikre løbende dialog mellem kommunen og praktiserende fysioterapeuter om gråzonen mellem de kommunale og praktiserende fysioterapeuters tilbud om rehabilitering, genoptræning og vederlagsfri fysioterapi med henblik på at sikre en	2017



MIDTVEJSSTATUS PÅ
SUNDHEDSAFTALEN
2015 - 2018

KOLOFON

Udgivet i forbindelse med Midtvejsstatus på Sundhedsaftalen i Region Hovedstaden 2015 - 2018

Maj 2017

Tekster

Frank Ulstrup

Redaktionsgruppe (Sundhedsaftalesekretariatet):

Specialkonsulent Mette Dissing Odgaard, Det Fælles Sundhedssekretariatet - Hovedstaden

Specialkonsulent Rikke Skaarup Schjødt, Det Fælles Sundhedssekretariatet - Hovedstaden

Enhedschef Jean Hald Jensen, Enhed for Tværsektoriel Udvikling, Region Hovedstaden

Specialkonsulent Kamilla Walther, Enhed for Tværsektoriel Udvikling, Region Hovedstaden

Chefkonsulent Winnie Brandt, Enhed for Tværsektoriel Udvikling, Region Hovedstaden

Specialkonsulent Henriette Bager, Enhed for Tværsektoriel Udvikling, Region Hovedstaden

Layout

RegionH Design

www.regionh.dk/sundhedsaftale

FORORD

Sundhedsaftalen er grundstenen i Region Hovedstadens, kommunernes og almen praksis' arbejde med at sikre borgerne sammenhængende sundhedstilbud med høj faglig kvalitet.

Den nuværende Sundhedsaftale gælder i perioden 2015 – 2018. Aftalen bygger videre på de positive resultater, der siden 2007 er opnået gennem samarbejdet om udvikling, konkretisering og implementering af Sundhedsaftalernes målsætninger.

Sundhedsaftalen er politisk forankret i Sundhedskoordinationsudvalget, hvor politikere fra kommunerne i regionen, regionsrådspolitikere og praktiserende læger mødes og tager de overordnede beslutninger og giver opbakning til det videre arbejde.

Sundhedsaftalen for 2015 – 2018 er baseret på fire klare visioner:

BORGEREN SOM AKTIV SAMARBEJDSPART

NYE OG BEDRE SAMARBEJDSFORMER

LIGHED I SUNDHED

SAMMENHÆNG OG KVALITET

Visionen om *Borgeren som aktiv samarbejdspart* betyder, at vi i samarbejdet mellem hospitaler, kommuner og almen praksis skal åbne dørene for dialog og invitere borgeren med ind i maskinrummet. Dermed får borgerne de bedste muligheder for at spille en aktiv rolle i eget forløb og bidrage med deres viden og ønsker til udviklingen af sundhedsvæsenet.

Nye og bedre samarbejdsformer udtrykker et stort og fælles ønske om at skabe samarbejdsformer, hvor silotænkning nedbrydes, og arbejdet smidiggøres hen over sektorgrænserne.

Lighed i Sundhed handler for os om at skabe mere viden og udvikle nye projekter, der kan bidrage til, at alle borgere får tilbudt de indsatser, de har behov for, og at tilbuddene tilrettelægges, så borgerne kan få det optimale ud af behandlingen.

Vores fjerde vision betoner vigtigheden af, at der i samarbejdet om sundhed er fokus på *sammenhæng og kvalitet* for borgerne. Indsatserne under denne vision udgør sundhedsaftalens store maskinrum. Det er under denne vision, at der blandt andet arbejdes med at virkeliggøre nye aftaler, der sikrer et velfungerende samarbejde.

STYRKET EJERSKAB

Alle parter har gennem de seneste to år lagt meget energi i at realisere Sundhedsaftalens visioner.

Ejerskabet til Sundhedsaftalen styrkes løbende gennem organiseringen af samarbejdet mellem region, kommuner og almen praksis. I hovedparten af de arbejdsgrupper, som er nedsat under Sundhedsaftalen, er der desuden etableret fælles regionale – kommunale formandskaber og fælles sekretariatsfunktioner.

Indenfor de enkelte visionsområder arbejdes der målrettet med udvikling, konkretisering og implementering af de indsatser, vi har aftalt at arbejde med.

VI ER NÅET LANGT

Halvvejs gennem aftaleperioden er der naturligvis dele af Sundhedsaftalen, der endnu ikke er arbejdet med. Men vi er nået langt! Vi har blandt andet indgået samarbejdsaftaler på det psykiatriske område og forbedret kvaliteten af sårbehandlingen gennem indførelse af telemedicinsk sårbehandling.

På de følgende sider kan I læse en række artikler, der beskriver status for arbejdet med nogle af de indsatser, som vi har sat os for at gennemføre.

Vores forhåbning er, at artiklerne vil give jer et indblik i, hvor langt vi er nået i arbejdet med Sundhedsaftalens indsatser, og hvilken betydning indsatserne kan få for borgerne og for samarbejdet mellem vores ansatte i kommuner, hospitaler og almen praksis.

God læselyst!

På vegne af Sundhedskoordinationsudvalget

Per Seerup
Formand



Ninna Thomsen
Næstformand





VISION

BORGEREN SOM AKTIV
SAMARBEJDSPART

BORGERE INDDRAGES I DET ORGANISATORISKE ARBEJDE

Som en direkte følge af Sundhedsaftalen inddrager pilotprojekter nu borgerne i det organisatoriske samarbejde mellem sektorerne. Et helt nødvendigt skridt, der kan resultere i højere kvalitet, siger hospitalsdirektør.

Patienter er de seneste år blevet inddraget mere og mere som ressourcepersoner i eget behandlingsforløb.

Men med det fokus, der i Sundhedsaftalen ligger på borgernes perspektiv, er tiden nu kommet til også at inddrage dem i det organisatoriske arbejde på tværs af sektorerne.

Af samme grund sad to borgere med ved bordet, da sundhedsprofessionelle fra praksis, kommuner og region satte hinanden i stævne i *Samordningsudvalget for somatik, planområde Byen* den 20. januar 2017.

Samordningsudvalget, der skal sikre, at indsatserne i Sundhedsaftalen implementeres i de tre sektorer, kan dermed trække på erfaringerne fra to personer, der hver især har lange sygdomsforløb bag sig.

For Margit Schrøder, der er uddannet sygeplejerske og underviser på sygeplejeskolen Metropol, var deltagelsen i mødet en oplagt mulighed.

-Jeg synes, der er mange ting i vores sundhedsvæsen, der fungerer rigtig godt, men desværre også en hel del ting, der kunne være bedre. F.eks. kan man blive meget bedre til at inddrage brugerne, og giver dem mulighed for at sætte sig ind i alt, der vedrører deres behandling. I det lys er brugerinddragelse på det organisatoriske niveau også et rigtig fint skridt.

MASSER AF ERFARING

Som mangeårig gigtpatient med nye knæ og nye hofter samt erfaring som pårørende til sin nu afdøde mor har 59-årige Margit Schrøder masser af erfaringer, som kan komme Samordningsudvalget til gode.

-Mit eget behandlingsforløb har generelt været godt, men når der engang imellem er gået noget galt, har det i høj grad handlet om manglende kommunikation og tilgængelighed. F.eks. er jeg kommet hjem med en genoptræningskuffert fra Vesterbro Sundhedshus. Den indeholder bl.a. en smartphone, der skal guide én i øvelserne. Men teknikken virkede ikke, og der var intet nummer, jeg kunne ringe til. Havde der været det, var jeg ikke kommet bagud med min genoptræning fra starten, konstaterer Margit Schrøder.

Den historie fortalte hun også på Samordningsudvalgets møde, hvilket resulterede i adskillige anerkendende nik rundt om bordet. Margit Schrøder følte sig da også meget velkommen i udvalget.

-De øvrige deltagere var meget imødekommende og lyttende, når vi sagde noget, og jeg havde også en fornemmelse af, at retorikken var lidt anderledes, end den måske plejer at være. Det var faktisk en rigtig god oplevelse.

KAN GIVE HØJERE KVALITET

Samme positive fornemmelse sidder udvalgets regionale formand, hospitalsdirektør Anne Jastrup med. For hende er de to brugeres tilstedeværelse i udvalget et meget velkomment skridt.

-Det er de seneste år blevet tydeligt, at patienterne både på det individuelle og på det organisatoriske plan er en ressource, som vi i sundhedsvæsenet har undervurderet alt for længe. Meget tyder faktisk på, at brugernes input kan give en bedre oplevet kvalitet og samtidig skabe et mere sikkert sundhedsvæsen baseret på en højere faglig kvalitet. Dermed er der meget væsentlige grunde til at afprøve forskellige former for inddragelse, siger Anne Jastrup, der også peger på det økonomiske fundament for fremtidens sundhedsvæsen.

-Hvis vi om ti år vil have et bæredygtigt sundhedsvæsen, der er imødekommende overfor patienterne og samtidig leverer professionel behandling af høj faglig kvalitet, så skal vi være meget mere optagede af at udvikle den organisatoriske innovationskraft i alle tre sektorer. Det er bl.a. det, vi med deltagelse af brugerrepræsentanter har taget hul på nu, og som jeg håber vil føre til en anden og - for patienterne - bedre prioritering af ressourcerne.

PILOTPROJEKTER MED BORGERRÆPRÆSENTANTER I SAMORDNINGSUDVALG PÅGÅR I:

- Samordningsudvalget for somatik i planområde Byen
- Samordningsudvalget for somatik i planområde Syd
- Samordningsudvalget for psykiatri i planområde Syd

ET UDPLUK AF GODE METODER TIL STYRKET SAMARBEJDE MED BORGERNE

Sundhedsprofessionelle i almen praksis, kommuner og region kan nu slå op i en ny rapport, der kommer med anbefalinger til et forbedret samarbejde med borgerne – både på det individuelle og på det organisatoriske niveau.

Der har de seneste år været meget fokus på, at borgere og sundhedsprofessionelle skal indgå i et aktivt og ligeværdigt samarbejde.

Det skyldes dels et voksende krav fra borgerne, og dels et voksende antal undersøgelser, der peger på, at kvaliteten i behandlingen stiger, når borgerne inddrages og i højere grad er medbestemmende i eget behandlingsforløb.

Som en konsekvens har en arbejdsgruppe under Sundhedsaftalen nu undersøgt, hvordan det aktive samarbejde bedst muligt kan opnås i praksis. I rapporten, der har fået navnet "Aktivt samarbejde med borgerne i kommuner, almen praksis og på hospitaler", skelnes der mellem metoder til individuel borgerinddragelse og metoder til organisatorisk borgerinddragelse. For den individuelle inddragelse anbefales to metoder for hver af de tre sektorer.

DET DER VIRKER - PÅ TVÆRS

Arbejdsgruppen har også kortlagt en række fællestræk ved de samarbejdsmetoder, der har vist sig at virke på tværs af sektorerne.

Det drejer sig for det første om at få kortlagt borgerens personlige baggrund, erfaringer, behov og ønsker og bruge det som afsæt for de valg, der skal træffes i forhold til den enkeltes forløb. Metoderne gør også brug af et strukturerende redskab, som hjælper den sundhedsprofessionelle og borgeren med at sætte en ramme for samtalen. Det samme gælder brugen af støtteredskaber til kommunikationen, som har vist sig som en rigtig god investering i både almen praksis, kommuner og region. Støtteredskabet er f.eks. anvendt med succes, når den sundhedsprofessionelle skal beskrive risici overfor borgeren og sammenligne flere mulige forløb og behandlinger.

Endelig anbefales det i rapporten, at borgeren skal have mulighed for at forberede sig på sin behandling hjemmefra. Det kan f.eks. være ved hjælp af materiale fra "Hej sundhedsvæsen", forberedelsesskemaer og informationsfoldere.

De sektorspecifikke anbefalinger kan læses i rapporten "Aktivt samarbejde med borgerne i kommuner, almen praksis og på hospitaler". Den kan downloades her: www.regionh.dk/aktivsamarbejde





VISION

NYE OG BEDRE
SAMARBEJDSFORMER

TVÆRSEKTORIEL STUEGANG: NU SKAL SYSTEMET KOMME TIL BORGEREN

I Nordsjælland skal et tværsektorielt team fremover gå stuegang hos alvorligt syge ældre i kommunale døgntilbud. Færre genindlæggelser, øget patientsikkerhed og større tryghed blandt borgerne er nogle af de resultater, man håber på i opgøret med stafettænkningen.

Fra 1. maj 2017 vil alvorligt syge, ældre patienter, der udskrives fra Nordsjællands Hospital, møde en helt anden virkelighed end den, de er vant til.

Det bliver en virkelighed, hvor de i mindre grad vil opleve informationstab og manglende koordination, når de overføres fra den ene sektor til den anden. Tværtimod vil en gruppe af de ældre medicinske patienter, der udskrives fra hospitalet til en kommunal midlertidig døgnplads opleve, at de jævnligt får besøg af et tværsektorielt team, der præcis som på et hospital går stuegang og tilser dem.

Teamet består af en læge og en sygeplejerske fra hospitalet, der sammen med sundhedspersonalet fra kommunernes midlertidige pladser holder en moderne stuegang, hvor borgeren og evt. pårørende er i centrum. I mange tilfælde vil borgerens egen læge også deltage i stuegangen.

INGEN MÅ SLIPPE STAFETTEN

Projektet er i bund og grund et opgør med det, som leder af Sekretariat for Sundhed og Omsorg i Helsingør Kommune, Marlene Würgler, kalder for stafettænkning.

-Det er et grundlæggende forsøg på at gøre op med den kultur og den organisering, der får os til at behandle borgerne som en stafet, som vi giver videre til hinanden, hvorefter vi selv som kommune, praktiserende læge eller hospital forsvinder ud af billedet. Det er et forsøg på at få os alle sammen til fortsat at holde fat i stafetten og dermed påtage os et fælles ansvar for borgeren gennem hele forløbet.

Projektet, der har fået navnet "Tværsektoriel stuegang – fremtidens tværsektorielle forløb - Fra stafet-tankegang til borgerens fælles team" inkluderer otte nordsjællandske kommuner og er særligt målrettet de svageste ældre borgere med komplekse sygdomsbilleder.

Det er de borgere, som Marlene Würgler og hendes kolleger i de øvrige kommuner ofte oplever bliver genindlagt på stribet.

Forklaringen er, at de ofte lider af flere forskellige sygdomme og tit kun er indlagt i ganske få dage ad gangen. Når vedkommende så udskrives, skal hospitalspersonalet ud fra et meget begrænset kendskab til personen formulere en plejeforløbsplan, som gives videre til kommunen.

En af udfordringerne er så, at der fortsat er brug for lægefaglige kompetencer i de ofte mange dage, som borgeren opholder sig i det kommunale døgntilbud, siger Marlene Würgler.

-I den periode kan der jo ske rigtig meget med borgeren, som kræver, at behandlingen justeres - f.eks. i form af ny medicin. Dermed er det samarbejde og den koordinering, som vi har på tværs af sektorerne, ikke tilstrækkelig, hvilket igen betyder, at borgerne ofte genindlægges. Med projektet vil vi derfor etablere en ny samarbejdsform, som giver mere effektive behandlingsforløb, og som også skaber den tryghed, der er afgørende for, at borgeren kan komme hurtigt tilbage til sin egen hverdag igen.

STOR OPBAKNING

I projektperioden, der varer frem til udgangen af 2019, vil man så at sige vende tingene på hovedet, så systemet kommer til borgeren og ikke omvendt. Der skal være mere borger og mindre system, som Marlene Würgler udtrykker det. Og den holdning står hun langt fra alene med. Tværtimod har man oplevet en meget stor opbakning fra både kommuner, hospitaler og organisationer, fortæller hun.

-Jeg tror generelt, der er en modenhed i forhold til at afprøve helt nye samarbejdsmodeller – ikke mindst i lyset af den demografiske udfordring med flere og flere ældre. Der er vi simpelthen nødt til at skabe bedre og mere sammenhængende forløb, hvor borgerens behov reelt er i centrum.

Hvordan økonomien omkring den tværsektorielle stuegang kommer til at se ud på længere sigt, er endnu for tidligt at sige noget om, siger Marlene Würgler, men det er heller ikke så afgørende.

-Der vil formentlig være steder i systemet, hvor det vil spare penge, og andre steder, hvor det vil koste flere - men hvor det bliver, ved vi ikke. Men det er heller ikke det, vi har fokus på lige nu. Det afgørende er, at vi får udviklet og afprøvet en ny måde at samarbejde på, der kan give syge ældre en mere værdig og tryk alderdom. Så må økonomi og andre fordelingsmæssige forhold mellem sektorerne falde på plads senere.

PRINCIPPER FOR NYE SAMARBEJDSFORMER

Principperne for nye samarbejdsformer blev godkendt af Sundhedskoordinationsudvalget d. 30. september 2016. Formålet med principperne er at skabe en ramme for udvikling af nye samarbejdsmodeller.

Nye samarbejdsmodeller skal:

1. Skabe værdi for borger og patient
2. Indeholde borgerinddragelse
3. Bygge på integreret opgaveløsning
4. Udfordre eksisterende rammer
5. Understøttes af en evalueringsmodel
6. Bygge på LEON-princippet

NYE OG BEDRE SAMARBEJDSFORMER - 4 MODELPROJEKTER

En arbejdsgruppe har med udgangspunkt i principper for nye samarbejdsformer udviklet fire modelprojekter:

TVÆRSEKTORIEL STUEGANG

I projektet afprøves en ny form for stuegang for borgere på midlertidige døgnpladser. Den tværsektorielle stuegang består af et udgående team fra hospitalet, sygeplejersker fra de kommunale midlertidige pladser og egen læge, der i et møde med borger og pårørende planlægger det videre pleje- og behandlingsforløb.

Målgruppen for projektet er svækkede ældre borgere med svære medicinske problemstillinger eller komplekse sygdomsforløb.

Projektpartnerne er Nordsjællands Hospital, almen praksis samt Allerød, Fredensborg, Frederikssund, Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Hillerød og Hørsholm kommuner.

FRA DOBBELTARBEJDE TIL EN ENKELTHED FOR PATIENTER MED SAMTIDIG PSYKISK SYGDOM OG MISBRUG

Projektet skal udvikle en tværsektoriel model for implementering af indsatser overfor borgere med psykisk sygdom og samtidigt misbrug. Der er behov for at borgere med dobbeltdiagnoser får en koordineret indsats, hvor

alle relevante aktører på tværs af sektorer aktivt bidrager til borgerens behandlingsbehov.

Projektpartnerne vil blive Region Hovedstadens Psykiatri, herunder de psykiatriske centre og kommuner i planområdet Syd.

TVÆRSEKTORIEL NEUROREHABILITERING – MIND THE GAP – CLOSE THE GAP

Projektmodellen er ikke færdigudviklet. Herlev og Gentofte Hospital arbejder i øjeblikket sammen med kommunerne i planområdet Midt om at udvikle den endelige projektmodel.

TIDLIG OPSPORING AF BØRN OG UNGE MED TEGN PÅ MISTRIVSEL

Projektets formål er at udvikle en samarbejdsmodel mellem almen praksis og den kommunale PPR, der skal sikre tidlig opsporing af børn og unge med tegn på mistrivsel.

Projektmodellen er ikke færdigudviklet. Frederiksberg, Halsnæs, Gladsaxe, Egedal og Københavns Kommune har meldt sig som interesserede i projektet. Foreløbig er det Frederiksberg og Halsnæs, der arbejder videre med udvikling af en projektmodel.

BEDRE KOORDINERET INDSATS TIL PSYKISK SYGE MED MISBRUGSPROBLEMER

Ny model for tværsektoriel implementering af koordinerende indsatsplaner skal sikre et bedre samarbejde mellem sektorerne i behandlingen af borgere med psykisk sygdom og samtidige misbrugsproblemer.

Borgere med en dobbeltdiagnose, som psykisk sygdom og misbrug, kræver ikke en dobbeltindsats.

De har derimod brug for en bedre koordineret indsats, hvor alle aktører i sundhedsvæsenet aktivt bidrager til borgerens behandling.

Sådan står der i beskrivelsen af det projekt, der under Sundhedsaftalen skal udvikle en model for tværsektoriel implementering af koordinerende indsatsplaner.

Som det er i dag, er behandlingsansvaret for eksempel borgere med psykisk sygdom og samtidigt misbrug opdelt, så regionen står for den psykiatriske behandling og kommunerne for misbrugsbehandlingen.

Det leder ofte til, at borgeren skal følge flere forskellige behandlingsplaner hos de respektive aktører, og at borgeren dermed selv står med ansvaret for, at planerne koordineres på tværs.

Projektet, der har titlen "Fra dobbeltarbejde til en enkelthed for patienter med psykisk sygdom og samtidig misbrug", vil gøre op med dette.

Det skal ske ved at udvikle en samarbejdsmodel, der sikrer, at de koordinerende indsatsplaner implementeres i det tværsektorielle samarbejde mellem region og kommuner samt private misbrugsbehandlingstilbud og egen læge.

Dermed skabes et mere sammenhængende tilbud, der vil gøre det nemmere at fastholde borgeren i behandlingen og samtidig gøre det lettere for denne at engagere sig i egen behandling.

Overordnet set skal samarbejdsmodellen bygge videre på erfaringer fra andre projekter vedrørende dobbeltdiagnosticerede borgere samt øvrige eksisterende tværsektorielle udviklingsprojekter.

Endelig er det meningen, at den koordinerende indsatsplan skal udarbejdes i et samarbejde mellem alle relevante sundhedsaktører og borgeren for derved at skabe et mere forpligtende ejerskab.

Projektet løber i perioden 2017-2019 og er et samarbejde mellem Psykiatrisk Center Glostrup og kommunerne i planområde Syd. Det er forventningen, at modellen også vil kunne bruges i andre sammenhænge f.eks. i forbindelse med implementering af samarbejdsaftalen, der sætter rammerne for samarbejdet mellem de 29 kommuner og Region Hovedstaden.



VISION

LIGHED I SUNDHED

NY ARBEJDSGRUPPE SKAL FREMME SAMARBEJDET PÅ BØRNEOMRÅDET

Børn er et nyt fokusområde i Sundhedsaftalen. For at støtte op om implementeringen af de mange indsatser, er der nedsat en arbejdsgruppe, der kun skal fokusere på børneområdet.

Børn rammes også af sygdom, enten selv eller som pårørende, hvor et styrket tværsektorielt samarbejde kan bidrage til et bedre forløb. Der vil også i mange tilfælde kunne igangsættes mere forebyggende støtte, hvis sektorerne bliver bedre til at gøre hinanden opmærksomme på problemer i børnefamilier.

I Sundhedsaftalen er der i alt syv indsatser, der har til hensigt at styrke det tværsektorielle samarbejde på børneområdet. Indsatserne skal løftes af en arbejdsgruppe, der er nedsat under Sundhedsaftalen specifikt på børneområdet.

Der skal i det tværsektorielle samarbejde om indsatserne tages højde for, at børneområdet både i hospitalsregi og i kommunalt regi er organiseret anderledes end på voksenområdet. Forventningen er, at man ved at samle indsatserne vil kunne opnå en række synergieffekter – ikke mindst fordi mange af arbejdsgruppens medlemmer er uddannede i og vant til at arbejde med børneområdet.

Det er dermed håbet, at arbejdet med de konkrete indsatser på børneområdet og det øgede fokus på, hvordan der skal samarbejdes tværsektorielt, kan bidrage til en styrket indsats på sundhedsområdet for børn.

I april 2017 igangsættes det første udviklingsprojekt, der skal styrke behandlingen af børn med sygdom i socialt sårbare familier. Dertil kommer, at arbejdsgruppen er kommet med en henstilling til både hospitalspersonale og praktiserende læger. I henstillingen opfordrer man til, at medarbejdere i de to sektorer i højere grad anvender "underretningen" i deres kommunikation med kommunerne.

Arbejdsgruppen vedrørende samarbejdet på børneområdet er tidsbegrænset frem til udgangen af 2018. Gruppen er nedsat efter samme model som de øvrige grupper under Sundhedsaftalen. Den har i alt syv indsatser og holdte sit femte møde i februar 2017.

"UNDERRETNING" SOM KOMMUNIKATIONSFORM

Flere steder i Sundhedsaftalen peges der på behov for redskaber til at kommunikere mellem sektorerne for at sikre samarbejde om og med børn og deres familier. Det er vurderet, at "underretning" er et brugbart redskab, men at der stadig hersker misforståelser om "underretninger" hos fagpersonale i de tre sektorer samt hos borgerne.

Underretning er en måde at varsle kommunerne om en bekymring. Underretningen modtages af kommunale medarbejdere på børn- og ungeområdet, der som oftest ikke sidder med specifik viden om sundhedsområdet. Derfor er det vigtigt, at sundhedsfaglige i underretningen får forklaret konsekvenserne af fx en utilstrækkelig behandling af barnets sygdom.

Ved modtagelse af en underretning går kommunerne ind og vurderer, hvordan den meldte bekymring bedst varetages. Kommunen har mange og forskelligartede tilbud til at støtte og hjælpe barnet og familiens hverdag. Kommunen kan også melde tilbage til underretteren, at der allerede er igangsat en indsats for barnet og familien.

Læs mere om underretning på Ankestyrelsens hjemmeside www.deldinbekymring.nu

MÅLRETTET FORSKNING SKAL SKABE BEDRE LIV FOR ALLE

Psykisk syge og sårbare gravide er i fokus i to forskningsprojekter, der sigter mod at skabe større lighed i sundhed.

For nogle mennesker er livet en leg, mens det for andre er fyldt med dårlige odds og svære udfordringer. Mennesker med psykisk sygdom kan f.eks. forvente en generelt lavere livskvalitet, ligesom de kan se frem til at dø 15 – 20 år tidligere end andre.

På samme måde har mellem tre og fem procent af en forældreårgang så store sociale og psykologiske problemer, at deres børn udvikler tilknytningsforstyrrelser. Ifølge statistikken betyder det, at børnene på længere sigt bliver mere syge og i højere grad mistrives.

I Region Hovedstadens Sundhedsaftale med kommunerne ser man på uligheden i sundhed med stor alvor. Af samme grund skal to forskningsprojekter undersøge og udvikle modeller for, hvordan dødeligheden hos svært psykisk syge kan mindskes, og hvordan man kan styrke tilknytningen mellem sårbare gravide og deres børn.

OVERSER EGNE SYMPTOMER

Om det af projekterne, der retter sig mod psykisk syge, og som samtidig lider af en somatisk sygdom, siger forskningsleder i Region Hovedstadens Tværsektorielle Forskningsenhed, Ane Friis Bendix:

-Formålet er helt konkret at optimere opsporingen af kroniske, somatiske lidelser som f.eks. hjertekarsygdom, diabetes, forhøjet blodtryk og kolesterol hos svært psykisk syge patienter, derefter igangsætte en medicinsk behandling og sikre, at patienterne fastholdes i behandlingen.

Problemet er, forklarer Ane Friis Bendix, at de svært psykisk syge patienter sjældent selv er opmærksomme på symptomerne fra somatisk sygdom og desuden har svært ved selv at henvende sig til egen læge.

Dertil kommer, at lægen ofte overser den somatiske sygdom, når patienten endelig dukker op i konsultationen. Den psykiske lidelse løber så at sige med al opmærksomhed.

Forskningsprojektet handler derfor om at udvikle en model, hvor de deltagende praktiserende læger gennemfører en ekstraordinær screening af deres psykisk syge patienter for somatiske sygdomme. Derefter skal patienterne med hjælp fra kommunernes støttekontaktpersoner og deres primærbehandlere i psykiatrien fastholdes i behandlingen.

I arbejdet med modellens udformning bliver alle tre sektorer og ikke mindst patienterne selv inddraget. For Ane Friis Bendix og hendes kolleger giver det en forhåbning om, at der vil opstå et ejerskab, som også kan bidrage til at fastholde patienterne i behandlingen.

-Vi er endnu ikke nået så langt, men vores håb er, at inddragelsen af den kommunale støttekontaktperson og primærbehandleren i psykiatrien sammen med patienternes ejerskabsfølelse kan få flere patienter til at følge et behandlingsforløb for deres somatiske sygdom. I sidste ende skal det meget gerne resultere i bedre livskvalitet og mindre dødelighed hos en gruppe mennesker, der i forvejen har rigtig mange problemer at slås med.

SÅRBARE GRAVIDE

Sundhedsplejersker og jordemødre skal mere på banen. Svære problemer som angst, depression, arbejdsløshed og generelt dårlig trivsel er også centrale i det andet forskningsprojekt, der fokuserer på sårbare gravide.

Her er udfordringen, at de ofte meget unge mødres problemer har en stærk negativ indvirkning på barnets opvækst og trivsel.

-Vi ved, at det er i barnets første leveår, at det skal udvikle en god og stærk tilknytning til sine forældre. Vi ved desværre også, at det i mange tilfælde ikke sker, hvis forældrene selv har store sociale og psykiske problemer. Derfor er vores mål med projektet at udvikle og afprøve en ny tværsektoriel indsats, der skal opspore og styrke den sårbare gravide og samtidig forberede forældrene på livet som familie, siger Ane Friis Bendix.

Konkret handler det bl.a. om at indføre systematisk screening for angst og depression hos den sårbare gravide og at få de kommunale sundhedsplejersker på banen også under graviditeten.

-I projektet vil vi fra tidligt i graviditeten afholde fælles konsultationer med jordemoder og sundhedsplejerske for de sårbare gravide, ligesom sundhedsplejersken vil tage på hjemmebesøg under svangerskabet samt på flere besøg efter fødslen. Ved disse besøg skal der tilbydes individuel forældretræning med det formål at støtte tilknytningen mellem barn og forældre.

Punkt nr. 16 - Udmøntning af midler til arbejdet med sundhedsaftalen i 2018

Bilag 3 - Side -16 af 28

Endelig, siger Ane Friis Bendix, vil projektet have fokus på at forbedre overleveringen af information fra barselsgangen til den kommunale sundhedspleje, så denne forberedes så godt som overhovedet muligt.

-Samlet set kan initiativerne forhåbentlig være med til at give det lille barn en bedre start på livet og dermed også være med til at bryde den negative sociale arv.

FAKTA

Projektet vedrørende sårbare gravide er forankret på Herlev-Gentofte Hospital og i de tilhørende kommuner. Det forventes at starte op omkring 1. juni 2017. Forskningen i en behandlingsmodel for psykisk syge med samtidig somatisk sygdom er endnu i udviklingsfasen, og det er ikke besluttet, hvor projektet konkret skal forankres. Dette afklares i nærmeste fremtid.

PILOTPROJEKT SKAL UDVIKLE DIFFERENTIEREDE TILBUD TIL SÅRBARE

Sundhedsaftalen skal udvikle differentierede tilbud til mennesker med kronisk sygdom/multisygdom. I første omgang sigter et pilotprojekt mod, at flere mennesker med psykisk sygdom skal undersøges og tilbydes behandling for type 2 diabetes.

Sårbare borgere med kronisk sygdom og/eller multisygdom får ikke i tilstrækkelig grad gavn af de eksisterende tilbud i regi af forløbsprogrammerne.

Sundhedsaftalen skal derfor udvikle mere differentierede og tilgængelige tilbud til disse grupper. I første omgang sigter et pilotprojekt mod at indsamle viden og erfaringer, bl.a. ved at flere mennesker med psykisk sygdom undersøges og behandles for diabetes.

Det konkrete projekt er inddelt i to faser. Første fase fokuserer på opsporing af diabetes og behandlingsindsatsen i hospitalsregi. Anden fase, som der dog ikke er taget stilling til endnu, vil sigte mod at optimere livsstilsrådgivningen i kommunerne og samtidig udvikle disses rehabiliteringstilbud, så de i højere grad benyttes af mennesker med psykisk sygdom.

Som en del af første fase skal medarbejdere fra de opsøgende psykiatriske teams (OP-teams) bl.a. rustes til at styrke patienternes motivation i forhold til screening og eventuel behandling. Planen er desuden, at teamet i en overgang rent fysisk skal følge patienterne til hospitalskontrol og dermed sikre en stabil og vedvarende kontakt til sundhedsvæsenet.

Pilotprojektet vil, når det skydes i gang i efteråret 2017, tage udgangspunkt i patienter, der er i behandling hos det opsøgende psykiatriske team i Psykiatrisk Center Amager og Psykiatrisk Center Ballerups optageområde.

Det forventes i den forbindelse, at mellem 480 og 600 patienter vil blive tilbudt screening for diabetes. Heraf vurderes det, at én ud af ti allerede har sygdommen, og at et tilsvarende antal har sygdommen, uden at vide det. Dermed vil i alt 100-120 patienter blive omfattet af projektet.

Indsatsen er forankret i Arbejdsgruppen vedrørende patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom.

VISION

SAMMENHÆNG OG KVALITET



PSYKIATRI PÅ TVÆRS: 29 KOMMUNAL-REGIONALE AFTALER BLEV TIL ÉN FÆLLES

Én fælles aftale med kommunerne har nu afløst 29 separate aftaler på psykiatriområdet. Målet er at skabe mere sammenhæng, større inddragelse og i sidste ende højere livskvalitet for borgeren.

Som en del af Sundhedsaftalen for 2015 – 2018 har Region Hovedstaden i samarbejde med de 29 kommuner formuleret en ny fælles samarbejdsaftale på psykiatriområdet.

Med aftalen, der blev godkendt i marts 2017, blev de 29 separate aftaler, der tidligere var indgået med de respektive kommuner, reduceret til én fælles aftale på børne- og ungeområdet og én fælles aftale på voksenområdet.

Ud over at forenkle det administrative arbejde betragteligt sigter den nye aftale mod at skabe mere sammenhæng på tværs af sektorerne og mod i højere grad at inddrage borgere og pårørende i et mere recovery-orienteret perspektiv.

Ledende socialrådgiver ved Psykiatrisk Center Ballerup, Eva Tangdal, har siddet med i den regional/kommunale arbejdsgruppe, der har udformet den nye samarbejdsaftale.

Hun fremhæver bl.a. det forhold, at aftalen meget præcist beskriver rammerne for samarbejdet og opgavefordelingen mellem kommuner og region.

-Dertil kommer et specifikt afsnit i aftalen, som handler om opgavefordelingen i forbindelse med borgere på botilbud, hjemløse og borgere, der både har et misbrug og er psykisk syge. Det er et område, hvor der tidligere har været en del uklarhed, så det er en markant forbedring, siger hun.

Det synspunkt er fagspecialist i Gladsaxe Kommune, Gerda Zacho Hansen, helt enig i.

-Mennesker med psykisk sygdom står ofte i en meget kompleks livssituation, der betyder, at de skal have kontakt til mange forskellige offentlige instanser. De har absolut ikke brug for, at der fra systemets side er usikkerhed om hvem, der skal hjælpe dem. Derfor er det også på dette punkt en rigtig god aftale, vi er kommet frem til.

ANBEFALER FLERE NETVÆRKS MØDER

I forhold til ønsket om større inddragelse af borgeren og dennes pårørende beskriver aftalerne desuden en række værktøjer, der kan anvendes - heriblandt netværksmøder, hvor både borgeren, dennes pårørende og repræsentanter fra kommune og region deltager.

-Der kommer jo løbende nye borgere ind, som vi ikke kender i forvejen, siger Gerda Zacho Hansen. I den forbindelse tror jeg, det er en rigtig god ide med flere netværksmøder, hvor vi kan kommunikere mere direkte med hinanden og f.eks. hurtigt kan få fastslået, hvad målet med behandlingen skal være.

Både Gerda Zacho Hansen og Eva Tangdal er enige om, at borgerperspektivet træder væsentlig tydeligere frem i den nye aftale end i de gamle. Og det er en meget velkommen udvikling, siger de.

-Det er en aftale, der har fokus på borgeren, og som samtidig er mere handlingsanvisende og mere specifik i forhold til, hvordan vi som sundhedsprofessionelle og socialfaglige skal samarbejde i hverdagen. Det gør forhåbentligt, at vi får endnu lettere ved at koordinere indsatserne på tværs, og dermed i sidste ende medvirker til, at borgeren oplever en endnu højere kvalitet i behandlingen.

STØRRE FÆLLES FOKUS PÅ PATIENTSIKKERHED

Rammen for de tværsektorielle patientsikkerhedsfora under Sundhedsaftalen er nu på plads. Vi har spurgt repræsentanter fra kommune, hospital og almen praksis om deres erfaringer hidtil.

Fra og med Sundhedsaftalen 2011 – 2014 har patientsikkerhed i forbindelse med tværsektorielle behandlingsforløb været et obligatorisk indsatsområde. Og i regi af Sundhedsaftalen 2015 - 2018 er arbejdet med at etablere en organisatorisk ramme for samarbejdet blevet gennemført.

Det betyder bl.a., at der på Region Hovedstadens områdehospitalet er etableret tværsektorielle patientsikkerhedsfora, hvor repræsentanter fra praksis, kommuner og hospitaler med jævne mellemrum gennemgår utilsigtede hændelser, der har fundet sted i en given periode.

De enkelte hændelser diskuteres, og man forsøger i fællesskab at finde frem til de bagvedliggende årsager. Analysen og de opnåede indsigter gives herefter videre til de respektive samordningsudvalg med henblik på prioritering af indsatser.

En af de personer, der har været med fra starten, er risikomanager på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Mia Hartley.

Hun fortæller, at det har taget lidt tid for patientsikkerhedsforummet Byen, at finde sin rette form og arbejdsgang - men at det har været værd at vente på.

-Jeg synes, vi efterhånden har fundet en rigtig god form, hvor vi ikke bare kigger på enkeltstående hændelser, men leder efter mønstre og forsøger at kortlægge de bagvedliggende årsager. Dermed får vi bearbejdet materialet, så det forhåbentlig er lettere for vores samordningsudvalg at sætte ind med de nødvendige indsatser.

MANGLENDE AJOURFØRING

Den pointe er risikomanager i Frederiksberg Kommune, Merete Larsen, helt enig i.

Hun sidder i det samme patientsikkerhedsforum som Mia Hartley og mener, at en større forståelse for samarbejdspartnerne i de andre sektorer er en af de allerstørste gevinster.

-Man får et rigtig godt indblik i, hvor komplekst sundhedsvæsenet i virkeligheden er, og hvor mange aktører der skal arbejdes sammen for at få tingene til at lykkes. Derfor er det også helt afgørende at kende de andres måder at arbejde på og desuden have faste arbejdsgange, der kan lette håndteringen af det meget store flow, vi oplever.

Merete Larsen fortæller, at en betragtelig del af de utilsigtede hændelser, som forummet analyserer, netop handler om arbejdsgange, der ikke har givet det ønskede resultat.

-Når vi dykker ned i en sag, kan problemet være, at en arbejdsgang er blevet overhalet af it-udviklingen og derfor skal ajourføres. Den anbefaling giver vi så videre til samordningsudvalget, siger hun.

BESKEDER GÅR TABT

Men, der er også en del sager, der er mere lavpraktiske, og som ikke har noget med it at gøre. Et eksempel kunne være kommunikationen mellem hospital og kommune om medicinering af netop udskrevne borgere.

Merete Larsen nævner en konkret sag, hvor det af medicinlisten fremgik, at borgeren var udskrevet med en tablet af 100 mg. Men fra hospitalets side var der ved udskrivningen medsendt to tabletter, så hjemmehjælperen troede, der var sket en fejl, og kontaktede sin egen leder.

Men der var nu ikke tale om en fejl.

-Den pågældende dag havde hospitalet bare ingen 100 mg-tabletter i sortimentet, og borgeren havde derfor fået to tabletter af 50 mg med sig. Problemet var, at ændringen blev noteret i bemærkningsfeltet, som det ikke er hjemmehjælperens opgave at læse, siger Merete Larsen og tilføjer:

-Sager som den tager en masse tid og skaber usikkerhed både hos borgeren og i hjemmeplejen. Af samme grund synes jeg, at arbejdet i patientsikkerhedsforummet er både vigtigt og frugtbart. Overfor samordningsudvalget tematiserer og præsenterer vi de problemer, man oplever i sektorovergange, og det er så op til udvalget at tage stilling til, om der skal udarbejdes nye arbejdsgange på området. Det, synes jeg, er en rigtig god fremgangsmåde, som både løser konkrete problemstillinger og samtidig sikrer, at vi lærer hinanden endnu bedre at kende.

DE PRAKTISERENDE LÆGERS ROLLE

De fleste af de praktiserende læger, der fra 2014 også fik sæde i de 4 patientsikkerhedsfora, melder tilbage, at de finder arbejdet konstruktivt. På samme måde værdsættes deres deltagelse af de øvrige medlemmer.

Punkt nr. 16 - Udmøntning af midler til arbejdet med sundhedsaftalen i 2018

Bilag 3 - Side -22 af 28

Jonas Meile, der er praktiserende læge og tidligere hospitalspraksiskonsulent for Amager og Hvidovre Hospital, henviser dog til, at man på regionalt niveau i forvejen har konsulenter, der håndterer utilsigtede hændelser i praksis. Disse kunne måske bringes yderligere i spil - også når der er tale om lokale spørgsmål, siger han.

-Det er helt sikker vigtigt, at praksis er med i samarbejdet, men spørgsmålet er, om det ikke er tilstrækkeligt, at de regionale UTH-konsulenter allerede er inddraget? De sidder jo i forvejen med alle utilsigtede hændelser i hele regionen og har formentlig lettere ved at genkende mønstre og se sagerne i et større perspektiv, siger han.

Spørgsmålet er bragt videre og er én af de muligheder, der vil være på dagsordenen, når den planlagte evaluering af patientsikkerhedsfora finder sted i 2018.

I patientsikkerhedsfora er de praktiserende læger repræsenteret ved hospitalspraksiskonsulenterne. De er praktiserende læger, der er tilknyttet hvert hospital som et bindeled mellem hospital og almen praksis. Hospitalspraksiskonsulenterne har lokalt kendskab til kommuner og hospitaler i området og er desuden tilknyttet de lokale samordningsudvalg.

FULD FART PÅ EPIKRISEN

Som følge af Sundhedsaftalen modtager praksissektoren nu tre ud af fire epikriser indenfor én hverdag. Det forbedrede tværsektorielle samarbejde har store fordele for både borgere og sundhedsprofessionelle.

I Region Hovedstaden er der blevet væsentligt længere mellem de situationer, hvor en praktiserende læge står overfor en netop udskrevet borger, men ikke er i besiddelse af en epikrise. Og det er godt nyt for både borgeren, den praktiserende læge og for de sundhedsprofessionelle i region og kommuner.

Helt konkret nåede knap 78 procent af alle epikriser i februar 2017 frem til den praktiserende læge indenfor én arbejdsdag. Det er en forbedring på godt ti procentpoint siden 2015, hvor man i forbindelse med Sundhedsaftalen skærpede kravene til hurtig fremsendelse.

Det lovpligtige krav om afsendelse af epikriser lød dengang som nu på tre hverdage, men gav altså anledning til de ovennævnte situationer, som bl.a. kan medføre usikkerhed omkring medicinering og mindre tryghed hos borgerne.

Af samme grund tilpassede Region Hovedstaden i starten af 2016 sin overordnede månedlige driftsmålstyring for rettidighed i fremsendelse af epikriser, så målet nu hedder fremsendelse indenfor én hverdag.

I dag kan man så se tilbage på en støt stigende kurve, der betyder, at de praktiserende læger er væsentlig bedre klædt på i forhold til at forstå borgernes situation umiddelbart efter en udskrivelse fra hospitalet. Og med et måltal på 90 procent rettidigt fremsendte epikriser er forventningen, at der i fremtiden vil kunne skabes endnu bedre forløb og dermed større tryghed for borgerne.

HØJERE KVALITET OG STØRRE TRYGHED MED TELEMEDICINSK SÅRBEHANDLING

Erfaringerne med telemedicinsk sårbehandling er ikke til at tage fejl af – det er en succes for både borgere og sundhedsprofessionelle.

Højere kvalitet, øget effektivitet og en langt større tryghed hos borgeren.

Det er bare nogle af de gode resultater, der i et projekt under Sundhedsaftalen er opnået med telemedicinsk sårbehandling.

I modsætning til traditionel sårbehandling foregår telemedicinsk sårbehandling ikke på hospitalet, men udføres af den kommunale sårsygeplejerske i borgerens eget hjem eller i et kommunalt sundhedscenter.

Her sender sygeplejersken typisk billeder af såret til en specialist på hospitalet, som herefter rådgiver om den videre behandling.

MARKANT FORBEDRET SÅRBEHANDLING

I alle 29 kommuner har arbejdsgangen vist sig at have en lang række fordele for både borger og sundhedsprofessionelle. Blandt de væsentligste er en større ensartethed i behandlingen og en markant stigning i kvaliteten.

En landsdækkende evaluering viser således, at 83 procent af de kommunale sygeplejersker vurderer at sårbehandlingen er forbedret med telemedicinsk sårvurdering. Det tilsvarende tal for ansatte på hospitalerne er 75 procent.

Ifølge personalet er de fine tal i høj grad et resultat af, at borgerne hurtigere kommer i behandling, og at det samtidigt tager kortere tid at ændre behandlingen, hvis det skulle blive nødvendigt.

Endelig siger personalet, at en bedre kommunikation på tværs af sektorerne har resulteret i øget effektivitet, ligesom de hjemlige omgivelser markant højner borgernes tryghed.

FORBEDREDE KOMPETENCER

Men telemedicinsk sårbehandling er ikke kun en fordel for borgerne. Således svarer 85 procent af de kommunale sygeplejersker og en tilsvarende andel af hospitalspersonalet, at de har øget deres viden om vurdering og behandling af sår. Der peges på efteruddannelse, men også på vidensdeling mellem sektorerne som væsentlige årsager.

I forlængelse af det bedre samarbejde giver sårsygeplejerskerne på hospitalerne også udtryk for, at de via telemedicinsk sårbehandling har fået en større forståelse for de kommunale sygeplejerskers arbejdsvilkår, ligesom de peger på store fordele ved brugen af Pleje.net, der udgør et samlet dokumentationssystem med fælles diagnoselister og fælles dokumentationspraksis.

For flere oplysninger om den landsdækkende evaluering af telemedicinsk sårvurdering - se www.regionh.dk/telesaarvurdering

FAKTA OM FORLØBSPROGRAMMER

Forløbsprogrammer er udviklet for en række af de mest udbredte kroniske sygdomme. Forløbsprogrammerne skal sikre at den rette behandling og rehabilitering sættes i gang på rette

tid og sted. De udviklede forløbsprogrammer skal løbende revideres og monitoreres for at imødekomme ny viden og nye behov.

FORLØBSPROGRAM	STATUS
KOL	Revideret i 2015
Type-2 diabetes	Revideret i 2016
Demens	Revideres i 2017
Hjerte-kar sygdomme	Revidering påbegynder i 2017
Lænderyg-lidelser	Revidering påbegynder i 2017
Kræftrehabilitering og palliation*	Implementeringsplan godkendt i 2014
Erhvervet hjerneskade* (for henholdsvis børn og voksne)	Implementeringsplan under udarbejdelse - genoptages i 2017
Psykiske lidelser - Mennesker med samtidig ikkepsykotisk lidelse og misbrug	Udarbejdelse påbegynder i 2017

*Nationalt forløbsprogram

FAKTA OM GENOPTRÆNINGSFORLØBSBESKRIVELSER

De tværsektorielle genoptræningsforløbsbeskrivelser er udarbejdet for en række udvalgte genoptræningsforløb. Genoptræningsforløbsbeskrivelserne skal understøtte en ensartet evidensbaseret indsats på tværs af sektorer i Region

Hovedstaden. Beskrivelserne er udarbejdet på baggrund af en systematisk søgning og vurdering af den dokumenterede evidens sat i relation til at genoptræning er et forløb med et start- og sluttidspunkt.

	STATUS
Bankart Læsion	Godkendt 2013
Benamputerede	Godkendt 2015
Hoftenære brud	Godkendt 2015
Total knæ alloplastik	Godkendt 2016
Hoved-halskræft	Godkendt 2016
Distal radius brud	Godkendt 2016
Den ældre medicinske faldtruede patient	Under udarbejdelse, forventes godkendt 2017

STATUS PÅ INDSATSER I SUNDHEDSAFTALEN

AFSLUTTET FRA ARBEJDSGRUPPE/FORA		UNDER IMPLEMENTERING		UNDER UDVIKLING	
VISIONSOMRÅDER I SUNDHEDSAFTALEN		INDSATSER I SUNDHEDSAFTALEN			
BORGEREN SOM AKTIV SAMARBEJDSPART		1. Metoder til at fremme aktivt samarbejde med borgere og pårørende	2. Telemedicinske indsatser National kortlægning af eksisterende initiativer indenfor tele-sundhed	2. Telemedicinske indsatser Telemedicinsk sårvurdering	2. Telemedicinske indsatser Hjertelnsufficiens
NYE OG BEDRE SAMARBEJDSFORMER		5. Principper for arbejdet med integrerede organisatoriske modeller	6. Udvælge og afprøve to til tre større modelprojekter		
LIGHED I SUNDHED		7. Udvikle og implementere metoder til identificering af sårbarhed hos borgere med kronisk sygdom/multisygdom.	8. samarbejdsmodel for tværsektorielt samarbejde om socialt sårbare familier med syge børn.	9. Differentierede indsatser (målgrupper og afprøvning af modeller)	10. Tværsektorielle projekter målrettet sårbare gravide – evaluering og anbefalinger
SAMMENHÆNG OG KVALITET	Tværgående indsatser	17. Aftale om FMK i det tværsektorielle samarbejde	19. Tværsektoriel organisering af samarbejdet om utilsigtede hændelser	27. Telemedicinsk sårvurdering	13. Rehabiliteringsdatabasen
		28. Adgang til rdg. og specialviden ved borgere med komplekse pleje- og rehabbehov samt borger med psykisk sygdom	29+56. Overordnet ramme for Rammedelegation , herunder samarbejdet omkring de kommunale subakutte/akutte pleje- og behandlingstilbud	30. Opgaveoverdragelse ved større strukturelle og principielle flytninger af opgaver mellem kommuner og region	31. Tværsektorielle forsknings- og udviklingsprojekter om lighed i sundhed
	Forebyggelse	32. Anbefalinger vedr. tilbud på SOFT-portalen	42. Entydig og lettilgængelig henvisningsprocedure til misbrugsbehandling	43. Synliggøre eksisterende tilbud til børn i familier med misbrugsbehandling	33. Samarbejde om alkohol og tobaksintervention forud for operation
	Behandling og pleje	51. Revidering af Kommunikationsaftale på det somatiske område	55. Redskaber til tidlig opsporing vedr. begyndende sygdomsudvikling	59. Organisering og ansvarsfordeling i samarbejdet mellem kommuner, hospitaler og almen praksis med fokus på rettidig medicinkommunikation	61. Hurtigere fremsendelse af epikriser
		15+52. Udarbejdelse og implementering af kommunikationsaftale på det psykiatriske område	53. Aftale om støtte til borgere med kommunikationsvanskeligheder der indlægges fra sociale tilbud	57. analysere genindlæggelsesmønstret for nyfødte – behov for implementering af yderligere indsatser	58. Koordinering og implementering af forløbskoordinering og de regionale og kommunale følgeordninger
	Genoptræning og rehabilitering	68. Henvisning til genoptrænings- og rehabiliteringsforløb	67. Mobilisering og genoptræning af ældre medicinske patienter	69. Genoptræningsforløbsbeskrivelser	72. Udmøntning af bekendtgørelse og vejledning om genoptræning

OBS: INDSATSER DER STARTES OP I 2017 OG 2018 I HENHOLD TIL IMPLEMENTERINGSPLANEN FOR 2017/2018 INDGÅR IKKE I OVERSIGTEN (15 INDSATSER).

2015 – 2018 FREM TIL ULTIMO 2016

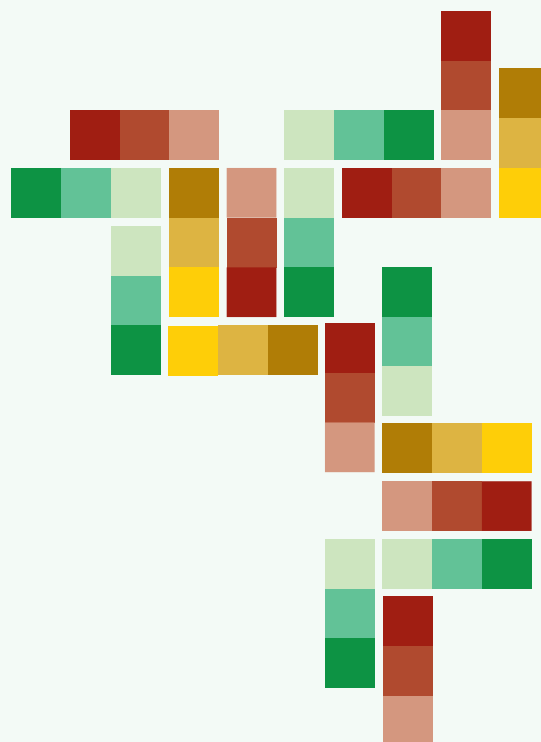


ENDNU IKKE IGANGSAT
SOM PLANLAGT



AFVENTER NATIONALE INITIATIVER FØR DE
KAN IGANGSÆTTES ELLER ER PAUSERET

INDSATSER I SUNDHEDSAFTALEN				
3+4. Fremme aktivt samarbejde med borgere og pårørende (implementering af metoder)	2. Telemedicinske indsatser. National udrulning af hjemmemonitorering af patienter med KOL			
11. Indsatser for mennesker med dobbeltdiagnoser				
16. Følge den nationale strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet	20. Etablere et systematisk og struktureret samarbejde vedr. borgere på botilbud og borgere med komplekse psykiatriske forløb	21. Indikatorer til at følge implementeringsgrad og kvaliteten i forløbsprogrammer	22. Storforbrugerprojekt	23. Regionens rdg.s forpligtelse vedr. sundhedsprofilerne
15+52. Udarbejdelse og implementering af kommunikationsaftale på børneområdet	24. Regionens rdg.s forpligtelse vedr. kronisk sygdom og multisygdom	14. Datafangst fra almen praksis – udvikling af nye indikatorer	18. Medvirke til udvikling af Dansk Patientsikkerhedsdatabase	
45. Forløbsprogram for mennesker med psykiske lidelser	48. Motivation af borgere med psykisk sygdom til kommunale og regionale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud	50. Tidlig opsporing i almen praksis af borgere med KOL og astma hos børn		
15+52. Udarbejdelse og implementering af kommunikationsaftale på det ambulante område	54+36a+39+47. Revision af Samarbejdsaftale om børn og unge med psykisk sygdom	54+36a+39+47. Revision af Samarbejdsaftale om borgere med psykisk sygdom	62. Plan for implementering af anbefalingerne i det nationale Forløbsprogram for kræftrehabilitering og palliation	15+52. Udarbejdelse og implementering af kommunikationsaftale på akutområdet
60. Tværsektoriel model for systematisk medicinalgennemgang og medicinafstemning	63. Implementering af SST forløbsprogram for børn og voksne med erhvervet hjerneskade	64. indsatser i fht erhvervet hjerneskade	65+66. Revision af Forløbsprogram for demens	67. Mobilisering og genoptræning af ældre medicinske patienter
73. Nationale visitationsretningslinjer for personer med erhvervet hjerneskade				





Center for Sundhed

September 2017

Praksisplan for psykologhjælp 2018-2021

Med forslag til rettelser efter høringen 7.9.2017

Indholdsfortegnelse

Resumé	4
1. INDLEDNING	5
1.1 Visioner og mål for fremtidens psykologpraksis i Region Hovedstaden	5
1.2 Planlægningsbestemmelser ifølge overenskomsten	5
1.3 Udarbejdelse og høring af praksisplan for psykologhjælp	6
1.4. Implementering af praksisplanen	7
1.5 Praksisplanens opbygning	7
2. Psykologens opgaver og regler for tilskud til behandling	8
2.1 Psykologens opgaver og patientgrupper	8
2.2 Grænser for omsætning	9
2.3 Psykologernes uddannelse og opnåelse af autorisation	10
3. Kapacitet i psykologpraksis	11
3.1 Områdeinddeling i sundhedsplanlægning	11
3.2. Eksisterende kapacitet i regionen og geografisk fordeling	12
3.2.1 Kapacitetens geografiske fordeling i regionen	12
3.2.2. Kapacitet og behandlingsressourcer	14
3.2.3. Vurdering og fordeling af psykologkapaciteten i regionen	16
3.3. Forbrug og produktion af psykologbehandling	18
3.3.1. Henvisningsgrupper i psykologpraksis	19
3.4. Praksisformer i psykologpraksis	20
3.5. Alder og køn	21
3.6. Tilgængelighed i psykologpraksis	23
3.6.1. Tilgængelighed for personer med funktionsnedsættelse	23
3.6.2. Telefonisk og elektronisk tilgængelighed	25
4. Psykologpraksis i det sammenhængende sundhedsvæsen	30
4. 1 Patienten som aktiv samarbejdspart og lighed i sundhed	30
4.1.1 Aktivt samarbejde med patienten om eget behandlingsforløb	31
4.1.2 Samarbejde med patienter og pårørende om udviklingen af sundhedsvæsenet	31
4.1.3 Patientrapportering af utilsigtede hændelser	31
4.2 Samarbejde og kommunikation med det øvrige sundhedsvæsen	32
4.2.1 Samarbejde og kommunikation med almen praksis	32
4.2.2 Samarbejde og kommunikation med speciallægepraksis samt børne- og ungdomspsykiatri og psykiatrien	34
4.2.3 Samarbejde og kommunikation med kommunerne	35

Punkt nr. 17 - Godkendelse af Praksisplan for psykologhjælp 2018-2021
Bilag 1 - Side -3 af 105

4.2.4 Samarbejde og kommunikation med hospitaler	36
4.3 Sundhed.dk	36
5. Kvalitetsudvikling i psykologpraksis.....	37
5.1 Rammer for kvalitetsudvikling.....	37
5.1.1 Regionernes strategi for kvalitet på praksisområdet	37
5.1.2 Indsatser på kvalitets – og efteruddannelsesområdet	38
5.2 Udvikling af Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) for psykologpraksis	39
5.3 Implementering af kliniske retningslinjer i psykologpraksis	39
5.4 Patientsikkerhed i psykologpraksis.....	39
5.4.1 Tiltag for at styrke patientsikkerheden	40
5.5 Efteruddannelse og kompetenceløft.....	40
5.6 Gruppebehandling.....	41
5.7. Praksiskonsulentens rolle i kvalitetsudviklingen	42
6. Bilagsfortegnelse	43
Bilag 1. Ordforklaring.....	44
Bilag 2. Vejledning til fordeling af kapacitet for psykologhjælp.....	46
Bilag 3 Grundbeskrivelse	50
Region Hovedstadens geografiske inddeling.....	51
Bilag 4. Undersøgelse af telefonisk tilgængelighed i psykologpraksis	85

Resumé

Denne praksisplan for psykologhjælp er Region Hovedstadens ramme for tilrettelæggelse og udvikling af regionens tilbud om psykologhjælp i perioden 2018-2021. Planen er udarbejdet i samarbejde mellem Region Hovedstaden og repræsentanter for de praktiserende psykologer.

Praksisplanen skal understøtte en hensigtsmæssig kapacitetsplanlægning, kvalitetsudvikling i psykologpraksis samt samarbejde mellem psykologpraksis og det øvrige sundhedsvæsen. Planen er inddelt i 3 hovedkapitler, der hver omhandler et af disse temaer. Der opstilles en række anbefalinger for hvilke tiltag, der skal gennemføres i planperioden indenfor disse områder.

Kapitel 1 beskriver Region Hovedstadens visioner og mål for fremtidens psykologpraksis. Desuden opridses grundlaget for praksisplanen, som det fremgår af Overenskomst om Psykologhjælp, der er indgået mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Dansk Psykologforening. I kapitel 2 beskrives rammerne for psykologers virke under overenskomsten, samt hvilke patientgrupper psykologer behandler med tilskud fra regionen.

Kapitel 3 omhandler Region Hovedstadens kapacitetsplanlægning. Her beskrives omfang og fordeling af psykologkapacitet i regionen, der ses på praksisstrukturer, på aktiviteten i psykologpraksis og på tilgængeligheden for borgerne.

Ved tildeling af ledige kapaciteter i planperioden vil der som supplement til de overenskomstmæssige krav blive lagt vægt på at skabe gode muligheder for samarbejde mellem psykologer og andre sundhedsydere gennem etablering af praksisfællesskaber og sundhedshuse.

I planperioden vil der også være fokus på at forbedre registreringen af ventetider på sundhed.dk. Ved at opnå mere retvisende data for ventetider til psykologpraksis kan dette bidrage til vurdering af behandlingskapacitet. Patientens fysiske, telefoniske og elektroniske tilgængelighed til psykologpraksis vil også være en prioritet i planperioden. Herunder skal der arbejdes på at opnå bedre information om klinikkernes tilgængelighed for mennesker med en funktionsnedsættelse gennem mærkningsordningen God Adgang, som regionen tilbyder gratis frem til udgangen af 2019.

Kapitel 4 omhandler samarbejdet og kommunikationen mellem psykologpraksis og det øvrige sundhedsvæsen. Det er især vigtigt, at psykologer er i tæt kontakt med praktiserende læger for at sikre koordinerede og sammenhængende patientforløb. Der vil i planperioden blive arbejdet med at udbrede brugen og kvaliteten af startbrev, korrespondancemeddelelser og epikriser mellem praktiserende læge og psykolog. Der vil endvidere være fokus på at sikre samarbejde med praktiserende speciallæger i psykiatri, børne- og ungdomspsykiatrien og relevante hospitalsafdelinger.

Planen sætter også fokus på patienten som aktiv samarbejdspart. Patienten skal være medbestemmende i sit eget forløb, og patienternes perspektiv skal inddrages, når praksisplanen implementeres gennem konkrete tiltag. Der skal desuden arbejdes med at udbrede patienternes kendskab til muligheden for at indrapportere utilsigtede hændelser i psykologpraksis.

Kapitel 5 omhandler kvalitetsudvikling i psykologpraksis. I regi af overenskomstens parter er der ved planperiodens begyndelse igangsat en udvikling af en version af den Danske Kvalitetsmodel tilpasset psykologpraksis. Når dette arbejde foreligger, vil der blive udviklet et standardsæt til brug for akkreditering i de enkelte psykologpraksis. I den mellemliggende tid vil der i Region Hovedstaden blive arbejdet videre med en række kvalitetsudviklingsindsatser, der vil understøtte implementeringen af DDKM.

Der vil desuden blive arbejdet med efteruddannelse og kompetenceløft for at opnå styrket kommunikation mellem psykologpraksis og andre behandlergrupper. Regionens praksiskonsulent vil fortsat bidrage til arbejdet med kvalitetsudvikling og efteruddannelse.

1. INDLEDNING

Denne praksisplan sætter mål og giver anbefalinger for tilrettelæggelse og udvikling af den fremtidige betjening af borgerne på psykologområdet i praksissektoren i Region Hovedstaden. Praksisplanen bygger videre på de udviklingslinjer, som blev fastlagt i Praksisplan for psykologhjælp 2014-2017, men peger samtidig på nye udfordringer, mål og anbefalinger.

Praksisplanen er udarbejdet i samarbejde mellem Region Hovedstaden og praktiserende psykologer i regionen.

1.1 Visioner og mål for fremtidens psykologpraksis i Region Hovedstaden

Sundhedsvæsenet er i konstant udvikling med generelt øgede krav til sammenhæng og kvalitet i behandlingen. Praksisplanen skal være med til at sikre en god udnyttelse af behandlingsressourcerne og sammenhængende forløb for patienterne på tværs af psykologpraksis, almen praksis, praktiserende speciallæger i psykiatri og hospitaler.

Parterne ønsker med praksisplanen at sikre, at psykologpraksis fortsat kan tilbyde høj kvalitet i behandlingen og i endnu højere grad blive en integreret del af det sammenhængende sundhedsvæsen. Det er vigtigt for patienternes forløb, at der sker en udvikling af kommunikation og samarbejde mellem praktiserende psykologer og øvrige sundhedsaktører, og det er vigtigt, at der mellem sundhedsaktørerne skabes et større gensidigt kendskab til fagområderne.

Som en del af det regionale sundhedsvæsen ønskes psykologpraksis udviklet efter følgende visioner:

Visioner for fremtidens psykologhjælp i Region Hovedstaden

- *God og lige adgang til praktiserende psykologer i hele regionen*
- *Praktiserende psykologer er en integreret del af sundhedsvæsenet og indgår i forpligtende tværfagligt og tværsektorielt samarbejde med fokus på sammenhængende forløb*
- *Praktiserende psykologer bidrager til, at patienterne modtager og oplever høj faglig kvalitet i behandling*
- *Praktiserende psykologer differentierer indsatsen i samarbejde med patienten ud fra dennes livsbetingelser, behov og ressourcer.*

Visionerne udgør en ramme for de mål og anbefalinger, som fremsættes i praksisplanen.

Praksisplanen er en del af regionens samlede sundhedsplan. Mål og anbefalinger for praktiserende psykologer er således i overensstemmelse med øvrig sundhedsplanlægning i regionen. Praksisplanen er udarbejdet inden for rammerne af den gældende overenskomst for psykologhjælp.

1.2 Planlægningsbestemmelser ifølge overenskomsten

Overenskomst om psykologhjælp er indgået mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Dansk Psykologforening. Overenskomsten sætter rammen for psykologernes behandlingsaktivitet og samarbejde med regionen, ligesom der indgår bestemmelser for udarbejdelse af praksisplan for psykologhjælp.

Boks 1: Overenskomstens bestemmelser om planlægning og kapacitet

§ 5. Praksisplanlægning

Stk. 1.

Regionen udarbejder en plan for tilrettelæggelsen af det fremtidige psykologtilbud i regionen.

Stk. 2.

Praksisplanlægningen danner grundlag for regionens beslutning om bl.a. behandlingskapacitet, placering af ydernumre, udviklingen i samarbejdet med øvrige sundhedstilbud og kvalitetsudvikling inden for rammerne i overenskomstperioden.

Stk. 3.

Indskrækning i antallet af ydernumre kan kun ske ved klinikindehaveres naturlige afgang eller i de tilfælde, hvor en klinikindehaver får frataget sit ydernummer som følge af manglende efterlevelse af overenskomstens bestemmelser. Ved naturlig afgang forstås, at psykologens ejerforhold ophører.

En indskrækning i antallet af ydernumre kræver indtil 30. juni 2019, at samarbejdsudvalget behandler den konkrete indskrækning, og at der i samarbejdsudvalget er enighed om dette.

Stk. 4.

Som en del af grundlaget for praksisplanen udarbejder regionen en beskrivelse af eksisterende psykologtilbud i regionen.

Stk. 5.

Regionens udkast til praksisplan forelægges samarbejdsudvalget med henblik på bemærkninger hertil. Psykologerne i samarbejdsudvalget kan i givet fald fremsætte selvstændige bemærkninger til udkastet til praksisplan. Bemærkningerne forelægges regionsrådet sammen med udkastet til praksisplan.

Stk. 6.

Den af regionsrådet vedtagne praksisplan fremsendes til samarbejdsudvalget og Landssamarbejdsudvalget til orientering.

1.3 Udarbejdelse og høring af praksisplan for psykologhjælp

Praksisplanen er udarbejdet af regionen med udgangspunkt i en projektbeskrivelse, som er godkendt i Udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde og i Samarbejdsudvalget vedr. psykologhjælp. Repræsentanter for de praktiserende psykologer har medvirket i tilrettelæggelse af arbejdet og tilblivelsen af planen gennem deltagelse i en styregruppe nedsat af samarbejdsudvalget.

Som led i praksisplanarbejdet har der været afholdt et inspirationsmøde med fokus på kommunikation og samarbejde med andre behandlere. Her deltog praktiserende psykologer, deres samarbejdspartnere i almen praksis, speciallægepraksis og hospitalspsykiatrien, samt repræsentanter for patienter og pårørende udpeget af Regionshandicaprådet og Patientinddragelsesudvalget i Region Hovedstaden.

Inspirationsmødets indlæg og drøftelser har bidraget til valg og prioritering af temaer i praksisplanens samarbejdsafsnit.

1.4. Implementering af praksisplanen

I forlængelse af praksisplanens godkendelse vil der blive foretaget en overordnet tidsmæssig prioritering af planens anbefalinger. Der vil desuden i planperioden blive udarbejdet årlige implementeringsplaner med henblik på at konkretisere de enkelte anbefalinger yderligere og prioritere hvilke opgaver der skal løftes i det kommende år.

1.5 Praksisplanens opbygning

I praksisplanens kapitel to beskrives bl.a. psykologfaget og praktiserende psykologers uddannelse, patienter og opgaver.

I kapitel tre beskrives kapacitet, aktivitet og tilgængelighed i psykologpraksis. Kapitel fire omhandler samarbejde, herunder behovet for større integration af psykologpraksis i det samlede sundhedsvæsen og ønsket om at fortsætte det tætte samarbejde om og med den enkelte patient.

Det afsluttende kapitel handler om kvalitetsudvikling i psykologpraksis.

I hvert kapitel beskrives de overordnede målsætninger for planperioden. Dette efterfølges af en beskrivelse af udfordringer og muligheder inden for hvert af områderne og anbefalinger til at nå de opsatte mål.

I grundbeskrivelsen, som udgør et bilag til praksisplanen, ses uddybende informationer og data om organisering og aktivitet i psykologpraksis. Alle kapacitets- og aktivitetstal i grundbeskrivelsen er tal for 2016 med mindre andet specifikt er angivet.

2. Psykologens opgaver og regler for tilskud til behandling

2.1 Psykologens opgaver og patientgrupper

Praktiserende psykologer tilknyttet overenskomst om psykologhjælp indgået mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Dansk Psykolog Forening tilbyder psykologhjælp enten som selvstændig behandling eller som supplement til en medicinsk behandling. Psykologhjælp kan eksempelvis være:

- Psykologbehandling
- Psykoedukation
- Støttende samtaler
- Rådgivning
- Kriseintervention

Psykologbehandling sker efter henvisning fra praktiserende læge. Ved opstart af behandling sender psykologen et startbrev til den praktiserende læge, og ved behandlingens afslutning sendes en epikrise til den praktiserende læge.

Det fremgår af overenskomstens formålsparagraf, at de praktiserende psykologer har en vigtig rolle i det danske sundhedsvæsen, og det er væsentligt, at psykologerne indgår i et tæt samarbejde med andre sundhedsfaglige aktører, navnlig de alment praktiserende læger.

De praktiserende psykologer, som er tilknyttet overenskomsten om psykologhjælp, kan tilbyde psykologhjælp med tilskud fra regionen til følgende persongrupper:

1. røveri-, volds- og voldtægts ofre
2. trafik- og ulykkes ofre
3. pårørende til alvorligt psykisk syge personer
4. personer ramt af en alvorligt invaliderende sygdom
5. pårørende til personer, der er ramt af en alvorligt invaliderende sygdom
6. pårørende ved dødsfald
7. personer, der har forsøgt selvmord
8. kvinder, der får foretaget provokeret abort efter 12. graviditetsuge. Psykologhjælp kan ydes forud for abortindgrebet, når anmodning om tilladelse til indgrebet er fremsendt til abortsamrådet
9. personer, der inden det fyldte 18. år har været ofre for incest eller andre seksuelle overgreb
10. personer med let til moderat depression, der er fyldt 18 år,
11. personer, der lider af let til moderat angst, herunder let til moderat OCD, og er mellem 18 og 38 år.

For at en person kan henvises til psykologbehandling jf. persongrupperne 1 - 9, skal den alvorlige livsbegivenhed have forårsaget udvikling af en psykisk patologisk reaktion med moderat nedsat funktionsevne.

Der ydes tilskud for indtil 12 konsultationer pr. behandlingsforløb for persongruppe 1-9, mens persongruppe 10-11 ved genhenvielse kan få tilskud til yderligere 12 konsultationer. Tilskud kan ydes til individuelle konsultationer, to-personers konsultationer og gruppekonsultationer.

Regionens tilskud til psykologbehandling udgør 60 pct. af de honorarer, som er fastsat i overenskomsten.

De praktiserende psykologer kan, samtidig med varetage af psykologhjælp til henviste patienter med regionstilskud, behandle patienter uden tilskud/henvielse. Dette er ikke omfattet af overenskomsten om psykologhjælp.

2.2 Grænser for omsætning

Regionen yder tilskud til psykologhjælp for de 11 persongrupper nævnt ovenfor, og overenskomst om psykologhjælp sætter rammer for omfanget af de enkelte psykologers behandlingsaktivitet inden for overenskomsten.

Boks 2: Overenskomstens rammer for omfanget af psykologernes behandlingsaktivitet og omsætning vedr. tilskudsberettigede patienter

§ 7. Psykologer, der kan tiltræde overenskomsten (uddrag)

Stk. 1.

Psykologer der

a) mindst 22 timer ugentlig står til rådighed som privatpraktiserende psykolog, og som ikke har ansættelse i et omfang, der overstiger 15 timer.

§ 11. Minimumsafregning (uddrag)

Stk. 1.

Regionen foretager én gang årligt en opgørelse over det samlede antal ydelser og udgifter fordelt på de enkelte psykologer i regionen. Hvis en psykolog, der har haft sit ydernummer i minimum 3 år, har en årlig afregning med regionen under 50.000 kr. og fra 1. januar 2018 under 100.000 kr., skal regionen høre psykologen med henblik på at belyse årsagen til denne lave afregning.

Stk. 2.

Såfremt det lave afregningsniveau ikke er begrundet i størrelsen af klientgrundlaget i området, manglende henvisninger fra områdets praktiserende læger eller psykologens personlige forhold så som længerevarende sygdom eller barsel, kan regionen indstille til det regionale samarbejdsudvalg, at ydernummeret inddrages.

§ 12. Omsætningsgrænse

Stk. 1.

Psykologen kan omsætte for maksimalt 260.000 kroner (2015-prisniveau) for den del af den årlige afregning med regionen, som vedrører depressions- og angstbehandling (henvielsesårsag 10 og 11). Omsætningsgrænsen følger kalenderåret.

Stk. 2.

Psykologen er forpligtet til at følge omsætningen i egen praksis set i forhold til omsætningsgrænsen samt at fordele aktiviteten ud over hele året.

2.3 Psykologernes uddannelse og opnåelse af autorisation

Kandidatuddannelse i psykologi kan læses ved universiteterne i København, Odense (Syddansk Universitet) Aarhus og Aalborg, indtil 2004 var det også muligt at tage en kandidatgrad i pædagogisk psykologi ved Pædagogisk Universitet. Med en kandidatgrad i ovenstående specialerpsykologi har man ret til at kalde sig og fungere som psykolog.

For at få ydernummer og praktisere for regionen under Overenskomst om psykologhjælp kræves udover kandidatuddannelse også autorisation og særlig psykologfaglig kompetence, herunder erfaring med behandling af de 11 målgrupper, som er omfattet af psykologordningen, og erfaring med opgaverne i privat praksis.

Autorisation meddeles af Psykolognævnet, som også fører tilsyn med autoriserede psykologer. For at opnå autorisation kræves kandidateksamen i psykologi og en nærmere bestemt supplerende praktisk uddannelse af to års varighed.

Der findes en lang række specialistuddannelser for psykologer, som udgør en yderligere overbygning på kandidatuddannelse. For arbejdet med de 11 målgrupper omfattet af Overenskomst om psykologhjælp er specialistuddannelserne i 'psykoterapi' og 'psykotraumatologi' særlig relevante.

Psykoterapiens genstandsfelt er psykologiske problemer ved emotionelle, kognitive, relationelle, adfærdsmæssige og somatiske problematikker, hvor kompetence inden for såvel udredning som behandling er central. Formålet med psykoterapien er for patienten at opnå øget autonomi og udvidelse af personlige muligheder samt bedre psykisk og social funktion.

Psykotraumatologi er den del af psykologien, der beskæftiger sig med menneskers symptomer og reaktioner efter udsættelse for traumatiske hændelser. Fagets interventions- og behandlingsmetoder har til formål at genetablere balance hos det enkelte individ eller i gruppen, herunder symptomlindring og forebyggelse af længerevarende reaktioner og ved senskader opnå bedring af psykisk og social funktion.

3. Kapacitet i psykologpraksis

Målsætninger

- At sikre den nødvendige kapacitet til psykologbehandling i psykologpraksis i regionen
- At de praktiserende psykologer er hensigtsmæssigt geografisk fordelt – idet der skal tages hensyn til målet om at understøtte lighed i sundhed
- At praksisstrukturen i psykologpraksis understøtter faglig udvikling og tværfagligt samarbejde
- At psykologpraksis er tilgængelige for borgerne, herunder for borgere med funktionsnedsættelse
- At borgerne har let adgang til oplysninger om tilgængeligheden i de enkelte praksis
- At patienter nemt kan komme i kontakt med praktiserende psykologer

I denne del af praksisplanen beskrives betjeningen med psykologhjælp til borgerne. Omfanget og fordelingen af psykologkapaciteten beskrives. Der ses på praksisstrukturen og på tilgængelighed for borgerne. Endelig ses der på aktivitet, herunder produktion og forbrug af psykologytelser.

3.1 Områdeinddeling i sundhedsplanlægning

Region Hovedstaden er i forhold til sundhedsplanlægning inddelt i fire planområder – Nord, Midt, Byen og Syd – hvilket svarer til Hospitals- og psykiatriplanens (2020) planområder. Dermed tilstræbes gennemsigtighed og sammenhæng i planlægningsgrundlaget på tværs af hospitaler, praksissektor og kommunale samarbejdspartnere. Hvert område er inddelt i en række planlægningsområder, som svarer til kommunerne med undtagelse af København, som er inddelt i 10 bydele. Københavns Kommunes bydele ligger dels i planområde Byen og dels i planområde Syd. I de efterfølgende tabeller og figurer er det valgt at adskille Bornholm fra Byen.

Tabel 1. Plan- og planlægningsområder i Region Hovedstaden

Planområde	Nord	Midt	Byen	Syd
Planlægningsområde	Allerød Kommune Fredensborg Kommune Frederikssund Kommune Gribskov Kommune Halsnæs Kommune Helsingør Kommune Hillerød Kommune Hørsholm Kommune	Ballerup Kommune Egedal Kommune Furesø Kommune Gentofte Kommune Gladsaxe Kommune Herlev Kommune Lyngby-Taarbæk Kommune Rudersdal Kommune Rødovre Kommune	Bispebjerg Bornholms Regionskommune Brønshøj-Husum Frederiksberg Kommune Indre by Nørrebro Vanløse Østerbro	Albertslund Kommune Amager Brøndby Kommune Dragør Kommune Glostrup Kommune Hvidovre Kommune Høje-Taastrup Kommune Ishøj Kommune Tårnby Kommune Valby Vallensbæk Kommune Vesterbro

Note: Amager Øst og Amager Vest fremstår samlet under Amager

Områdeinddelingen anvendes til at vise den aktuelle kapacitetsfordeling og til at beregne og vurdere behandlingskapacitet hos psykologerne i forhold til bl.a. antal borgere og patienter i de enkelte områder af regionen.

3.2. Eksisterende kapacitet i regionen og geografisk fordeling

En kapacitet inden for psykologpraksis defineres som en psykolog med et ydernummer, som har ret til at praktisere efter overenskomsten og dermed til at behandle patienter med offentligt tilskud. En kapacitet er ikke ensbetydende med en psykolog, som arbejder fuld tid med tilskudsberettigede patienter. Den praktiserende psykolog kan også behandle patienter uden offentligt tilskud.

Frem til 1.7.2017 kan en psykolog med ydernummer have en praksiskandidat¹ (psykolog under efteruddannelse) ansat. I 2015 var der 27 praksiskandidater ansat i psykologpraksis i Region Hovedstaden. Praksiskandidaten udfører behandling ~~i praksis og denne behandling afregnes og tæller med i omsætningen inden~~ for ydernummerpsykologens kapacitet. Bortset herfra kan der, inden for en kapacitet, ikke afregnes for behandling udover den behandling ydernummerpsykologen selv udfører.

Regionerne har siden 2011 haft kompetencen til at fastsætte kapaciteten.

Der er sket en kapacitetsudvidelse i forbindelse med overenskomstfornyelserne i 2008 og i 2011 med i alt 53 kapaciteter med henblik på at kompensere for ~~øget tilførsel~~ udvidelse af patientantallet i forbindelse med udvidelsen af personkredsen, som er tilskudsberettiget ved diagnoserne let til moderat depression og let til moderat angst og OCD.

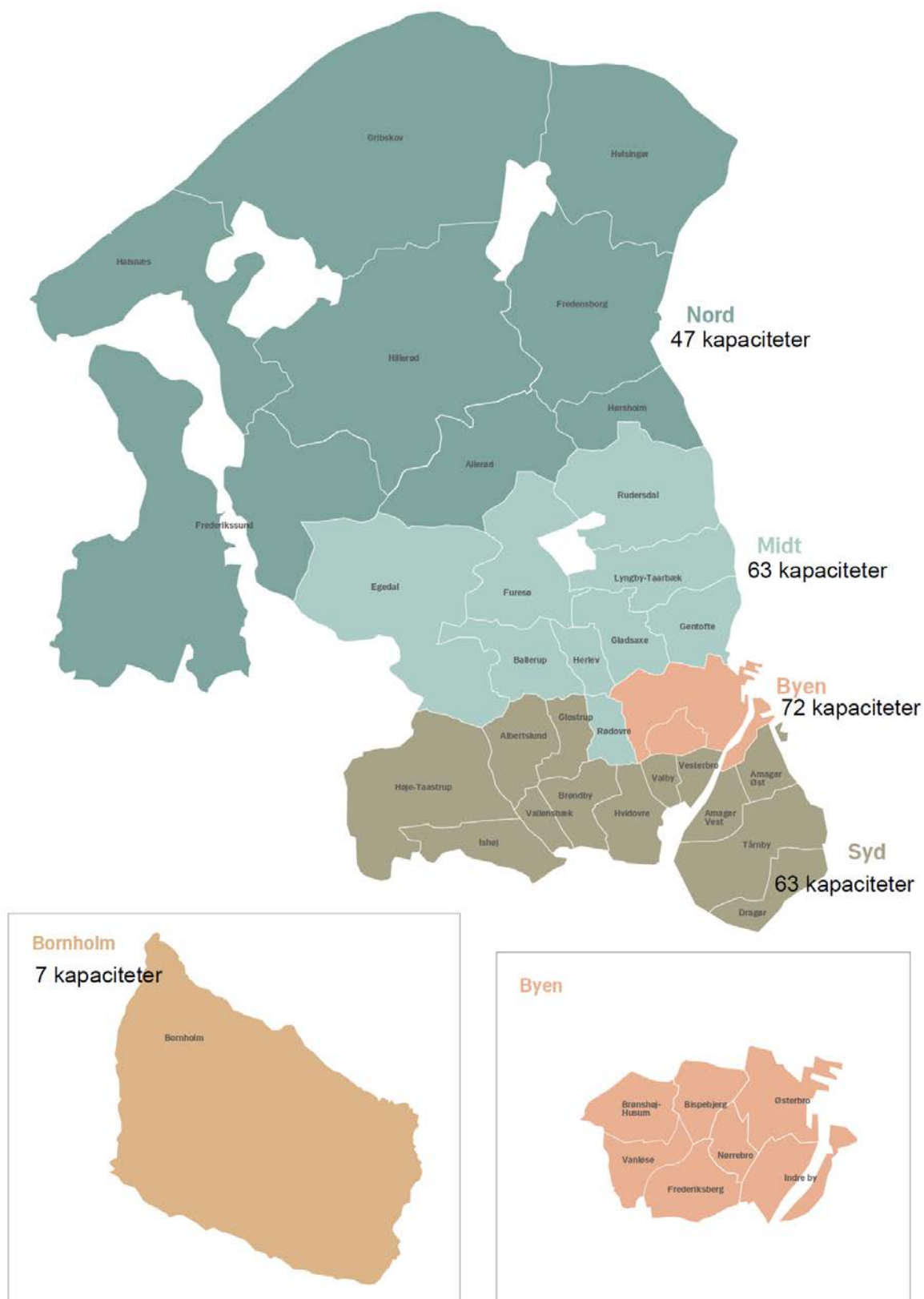
Praksisplan for psykologhjælp 2014-2017 fastsatte kapaciteten til 256 psykologkapaciteter. Da der løbende er psykologer, som ophører bl.a. pga. pensionering, vil der løbende blive ledige kapaciteter. Ledige kapaciteter går ved psykologens ophør tilbage til regionen, og samarbejdsudvalget i regionen tager stilling til om, og hvor i regionen kapaciteterne skal genopslås. Praksisplanens kapacitetsopgørelse tager udgangspunkt i antallet af aktive kapaciteter pr. 1. september 2016. På dette tidspunkt var der 252 aktive psykologkapaciteter i Region Hovedstaden.

3.2.1 Kapacitetens geografiske fordeling i regionen

Fordelingen af de 252 kapaciteter i regionen fremgår af figur 1.

¹ Der har i psykologpraksis fungeret en praksiskandidatordning, som nu er suspenderet jævnfør den seneste overenskomst. Et antal psykologpraksis har frem til og med 1.7.2017 haft tilknyttet praksiskandidater/psykologer i uddannelse i praksis

Figur 1. Oversigt over plan- og planlægningsområder i Region Hovedstaden



Tabel 2. Psykologkapacitet i forhold til antal borgere fordelt på planområder

Planområde	Antal kapaciteter 2016	Antal borgere 2016	Antal borgere pr. kapacitet 2016
Bornholm	7	39.631	5.662
Byen	72	458.994	6.375
Midt	63	452.994	7.190
Nord	47	319.309	6.794
Syd	63	529.659	8.407
Hovedtotal	252	1.800.587	7.145

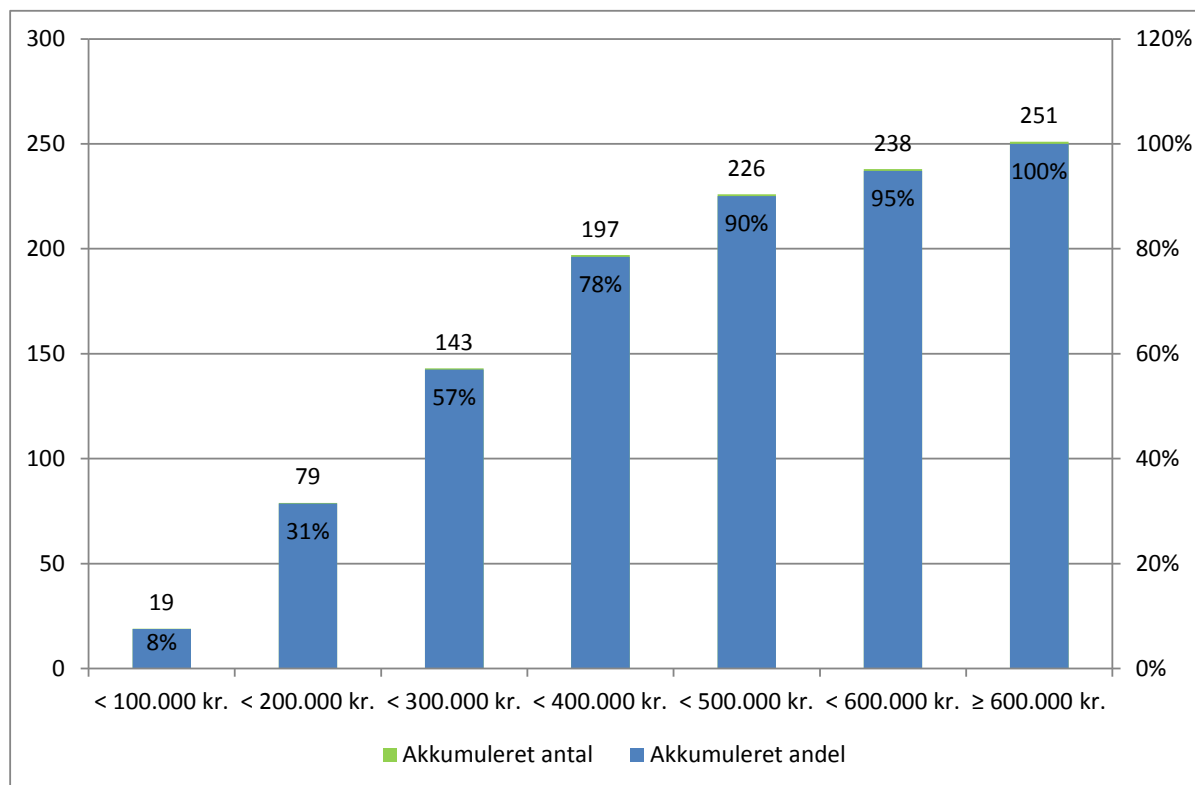
Kilde: NOTUS Regional: antal kapaciteter pr. 1/9 2016, og Targit: antal borgere (sikrede) pr. 1/12 2016

De 252 kapaciteter er ikke helt jævnt fordelt i forhold til befolkningens fordeling i regionen. Der ses særlig i planområderne Bornholm og Byen at være færre borgere pr. kapacitet. Psykologerne behandler imidlertid ikke kun borgere med bopæl i nærhed af deres praksis. Af grundbeskrivelsens tabel 15 ses, at der sker en omfattende pendling blandt patienterne.

3.2.2. Kapacitet og behandlingsressourcer

Der er stor forskel på, hvor stor behandlingsaktivitet psykologerne har vedr. tilskudsberettigede patienter. Dette fremgår af psykologernes omsætning/honorarer, dvs. det tilskud, som regionen yder til patienternes behandling, i det efterfølgende benævnt 'omsætning'.

Figur 4. Akkumuleret omsætning i psykologpraksis i relation til overenskomsten fordelt på omsætningsintervaller 2016



Kilde: Targit: Produktion (Bruttohonorar) 2016 (trukket den 14/6 2017)

Note: Figuren viser, at 95 pct. af samtlige psykologpraksis, svarende til 238 praksis, har en omsætning under 600 t.kr. Kun 5 pct., svarende til 13 praksis, har en omsætning over 600 t.kr.

I 2016 havde 810 pct. af psykologerne en omsætning under 100.000 kr. For størstedelen af psykologerne (821 %) lå omsætningen mellem 100.000 kr. og 500.000 kr., mens 109 % havde en omsætning over 500.000 kr.

Praksiskandidater kan ses som en ekstra behandlingsressource i praksis, men når der ses på omsætningens udvikling i praksis med praksiskandidater, kan der ikke påvises et entydigt mønster i form af forøget omsætning i de enkelte praksis som følge af ansættelse af en praksiskandidat.

Krav om årlig minimumsafregning

Den seneste overenskomst indeholder skærpede krav til psykologernes årlige minimumsafregning med regionen. Minimumsgrænsen på fremover 100.000 kr. pr. år træder i kraft fra januar 2018. Det ses af figur 2, at 810 pct. af psykologerne lå under denne omsætning i 2016. Skærpelsen af kravene om minimumsafregning hænger bl.a. sammen med forventningen om, at større patientvolumen/større patientflow af tilskudsberettigede patienter giver bedre kvalitet i behandlingen, idet praksis derved får et bedre erfaringsgrundlag.

Der kan være flere grunde til at psykologer har en relativ lav omsætning. Jf. overenskomstens § 11 kan samarbejdsudvalget se bort fra en omsætning under minimumsafregningen, hvis følgende årsager gør sig gældende:

- Personlige forhold så som længerevarende sygdom eller barsel
- Manglende henvisninger fra områdets praktiserende læger

- Lille patient/kundeunderlag i psykologklinikens lokalområde – for mange psykologer i samme område.
- Psykologen har tiltrådt overenskomsten inden for de sidste 3 år og derfor ikke nået at oparbejde sin praksis.

Såfremt det lave afregningsniveau ikke er begrundet i ovenstående, men fx i psykologens ønske om kort arbejdstid i forbindelse med nedtrapning pga. alder eller ønske om at betjene en vis andel af patienter, som ikke er tilskudsberettigede, kan samarbejdsudvalget inddrage ydernummeret. Sådanne sager skal indbringes for landssamarbejdsudvalget.

Overenskomstens krav til behandlingsaktivitet for tilskudsberettigede patienter omfatter udover kravet om minimumsomsætning også, at psykologer skal stå til rådighed mindst 22 timer ugentlig (overenskomsten § 7).

Udviklingen i psykologernes behandlingsaktivitet i relation til kravet om minimumsomsætning og rådighedsforpligtelse følges i planperioden. Parterne er enige om at følge op i forhold til de praksis, som ikke opfylder overenskomstens krav til behandlingsaktivitet med henblik på, at psykologkapaciteten anvendes til gavn for tilskudsberettigede patienter og dermed at ventetid til behandling bliver så kort som mulig.

3.2.3. Vurdering og fordeling af psykologkapaciteten i regionen

Det fremgår af overenskomst om psykologhjælp, at praksisplanen skal indeholde grundlag for regionens beslutning om behandlingskapacitet samt grundlag for placering af psykologkapaciteter.

Samarbejdsudvalget har mulighed for at kommentere planen og dermed kapacitetsvurderingen inden regionens endelige beslutning².

Praksisplanen skal således fastlægge rammerne for geografisk fordeling af eventuelle nye eller ledige kapaciteter og for flytning af kapaciteter. Inden for praksisplanens rammer træffer samarbejdsudvalget løbende beslutninger om disse forhold. Som opfølgning på en tidligere praksisplan har samarbejdsudvalget i 2012 godkendt en vejledning om geografisk fordeling af kapacitet og retningslinjer for flytning³.

Nedenfor er beskrevet henholdsvis metode for vurdering af den samlede kapacitet i psykologpraksis og for geografisk fordeling af psykologkapaciteten.

Vurdering af den samlede psykologkapacitet

~~Som nævnt ovenfor vurderer regionen den samlede psykologkapacitet i forbindelse med udarbejdelse af ny praksisplaner.~~

Tidligere vurderinger (praksisplan for psykologhjælp 2014-2017) lægger vægt på udviklingen i behandlingsaktivitet pr. psykolog, stigning i ventetid til behandling, befolkningstilvækst, antal behandlede patienter og ændringer i overenskomsten som medfører udvidelse af personkredsen for behandling ~~hos praktiserende psykolog~~. Denne metode til vurdering af kapaciteten videreføres i denne planperiode.

Til vurdering af den samlede psykologkapacitet benyttes således følgende parametre:

- Antal psykologkapaciteter (behandlingsressourcer)

² Overenskomst om psykologhjælp § 5.

³ 'Vejledning til fordeling af kapacitet for psykologhjælp' ses i Bilag 2.

Punkt nr. 17 - Godkendelse af Praksisplan for psykologhjælp 2018-2021

Bilag 1 - Side -17 af 105

- Antal patienter årligt behandlet pr. psykolog – gennemsnit (behandlingsaktivitet)
- Antal sikrede borgere (befolkningsunderslaget)
- Antal årligt behandlede patienter (andel af befolkningen som henvises til psykolog)
- Antal ydelser pr. patient – gennemsnit (patienttyngde)
- Bruttohonorar pr. patient

Ventetid kan muligvis på sigt udgøre en faktor i vurdering af behandlingskapaciteten. Hidtil har data om ventetid til psykologhjælp dog ikke været retvisende og fyldestgørende. Dette skyldes dels ufuldstændig registrering på sundhed.dk, dels tekniske problemer ved den overenskomstpligtige opdatering af ventetidsinformationen på sundhed.dk. Når de tekniske problemer omkring ventetidsregistrering/opdatering på sundhed.dk er løst, bør det overvejes, hvordan denne faktor kan inddrages i vurderingen af behandlingskapaciteten.

I tabel 3 herunder ses udviklingen fra 2012-2016 i de foreslåede nøgletal.

Tabel 3. Udvikling i udvalgte nøgletal i perioden 2012-2016

	2012	2013	2014	2015	2016
Antal patienter	25.159	25.468	25.895	25.804	25.333
Antal borgere (sikrede)	1.723.606	1.742.657	1.760.667	1.781.225	1.800.587
Antal patienter pr. kapacitet	98	100	101	101	101
Antal ydelser pr. patient	6,0	5,9	5,8	5,8	5,9
Brutto Honorar pr. patient	kr. 2.899	kr. 2.889	kr. 2.856	kr. 2.888	kr. 2.926

Targit: Antal borgere (sikrede) pr. 1/12 2012-2016, patienter, ydelser og brutto honorar 2012-16 (trukket den 14/6 2017).

Kilde: NOTUS Regional: Antal kapaciteter pr. 1/12 2012-2016 (trukket den 9/6 2017)

Antallet af kapaciteter har i perioden 2012-2015 været 256 ([inklusive ledige kapaciteter](#)).

Der er i perioden 2012-2016 ikke tilført nye persongrupper, som kan henvises til psykologhjælp, men antallet af borgere og af henviste patienter er steget.

Antallet af ydelser pr. patient har været svagt faldende fra 6 i 2012 til 5,8 i 2015, hvilket er baggrunden for at flere patienter har kunnet modtage psykologbehandling i 2015 end i 2012.⁴ (I antallet af ydelser pr. patient ligger også patienter, som kun har modtaget 1 behandling.) Med udgangspunkt i udviklingen i nøgletallene for de udvalgte parametre vurderes det, at der er balance mellem den eksisterende kapacitet og behovet for psykologhjælp.

Anbefalinger:

- At samarbejdsudvalget følger udviklingen i psykologernes omsætning jf. overenskomstens krav om øget minimumsomsætning med henblik på at sikre, at psykologkapaciteten anvendes til gavn for tilskudsberettigede patienter, og at ventetid til behandling bliver så kort som mulig.
- At kapaciteten revurderes, såfremt der sker væsentlige ændringer i nøgletallene for de beskrevne parametre.
- At psykologernes registrering og opdatering af ventetid på sundhed.dk følges og forbedres i planperioden.

⁴ Antallet af ydelser pr. patient er inkl. patienter, som ikke modtager et behandlingsforløb men kun en enkelt ydelse

Geografisk fordeling af psykologkapaciteten

Der er mulighed for at ændre på den geografiske fordeling af psykologkapaciteten, når kapaciteter bliver ledige og når psykologer ansøger om flytning af deres praksis.

Fordeling af ledige kapaciteter

Når en psykolog ophører med at praktisere under overenskomsten går kapaciteten tilbage til regionen og samarbejdsudvalget beslutter med udgangspunkt i praksisplanen, om og hvor i regionen kapaciteten kan genbesættes.

Siden 2012 har udgangspunktet beskrevet i praksisplanerne været, at der skal tilstræbes en ligelig fordeling i forhold til befolkningsgrundlaget af praksis i regionen samt god tilgængelighed for personer med funktionsnedsættelse. Således indebærer metoden til fordeling af ledig kapacitet som hovedredskab en opgørelse af antal borgere pr. kapacitet i regionens planområder (Midt, Nord, Byen og Syd) og i de enkelte planlægningsområder (kommuner og bydele i Københavns Kommune). Af denne opgørelse fremgår forskelle i afstandsmæssig tilgængelighed til psykologhjælp. Lighed i tilgængelighed til psykologhjælp mellem planområderne (Byen, Midt, Nord og Syd) vurderes som mere væsentligt end lighed i tilgængelighed til psykologhjælp mellem de enkelte planlægningsområder. Dette suppleres med ~~en~~ oversigt over gennemsnitlig omsætning pr. psykolog ~~i de samme områder~~ og ~~en oversigt over~~ patienternes pendlingsmønster ved brug af psykolog. Dette har udgjort grundlag for samarbejdsudvalgets beslutninger i fordeling af ledige kapaciteter i den forgangne planperiode. Hovedlinjerne i den hidtil anvendte metode videreføres i denne praksisplan.

Flytning af praksis

Når psykologer ansøger om at flytte praksis til ny adresse inden for samme planlægningsområde, vurderes ansøgningen ~~alene i~~ forhold til praksislokalernes tilgængelighed for personer med funktionsnedsættelse j.f. overenskomstens § 19. Når psykologer ansøger om at flytte praksis til et andet planlægningsområde eller planområde, skal sagen ~~altid afgøres i forelægges~~ samarbejdsudvalget. I disse sager tager samarbejdsudvalget udgangspunkt i samme forhold, som vurderes ved geografisk placering af ledige kapaciteter

Et supplerende hensyn i afgørelsen af flyttesager kan være, om psykologen ændrer praksisform eller flytter til praksisfællesskab med andre behandlergrupper. Det kan vægte positivt, hvis psykologen flytter til et praksisfællesskab eller sundhedshus med andre behandlergrupper.

Hovedlinjerne i den hidtil anvendte fremgangsmåde videreføres i denne praksisplans virkeperiode.

Anbefalinger:

- At den hidtidige vejledning vedr. fordeling og flytning af kapacitet for psykologhjælp videreføres med opdatering i forhold til ændringer i Overenskomst om psykologhjælp.

3.3. Forbrug og produktion af psykologbehandling

Som tabel 4 nedenfor viser, er der mindre variationer i borgernes forbrug af psykologhjælp på tværs af planområderne. Der ses størst forbrug af psykologhjælp pr. borger i planområde Byen og mindst på Bornholm.

Tabel 4. Borgernes forbrug af psykologhjælp fordelt på planområder, 2016

Punkt nr. 17 - Godkendelse af Praksisplan for psykologhjælp 2018-2021

Bilag 1 - Side -19 af 105

Planområder	Antal patienter pr. 1.000 borgere 2016	Antal ydelser pr. 1.000 borgere 2016	Brutto Honorar pr. 1.000 borgere 2016	Andel patienter ift. antal borgere 2016
Bornholm	10	63	kr. 31.350	1,0%
Byen	16	95	kr. 47.718	1,6%
Midt	13	73	kr. 36.488	1,3%
Nord	14	80	kr. 39.872	1,4%
Syd	15	82	kr. 40.995	1,5%
Hovedtotal	14	82	kr. 41.164	1,4%

Kilde: Targit: Antal borgere (sikrede) pr. 1/12 2016 (trukket den 14/6 2017)

Forbrug (Antal ydelser, bruttohonorar, antal patienter) 2016 (trukket den 14/6 2017)

Grundbeskrivelsens tabel 5-7 beskriver de geografiske variationer i borgernes forbrug af psykolog og heraf fremgår, at der inden for planområderne, dvs. mellem de enkelte planlægningsområder, er stor forskel på borgernes forbrug af psykologhjælp.

Det ses også af Grundbeskrivelsen hvilke aldersgrupper, der forbruger mest psykologhjælp.

Grundbeskrivelsens Figur 7 viser, at størstedelen af psykologernes patienter ligger i aldersgruppen 20-40 år efterfulgt af aldersgruppen 40-60 år. Der er kun få patienter under 20 år, hvilket formentlig skyldes, at de store henvisningsgrupper, gruppe 10 og 11, er afgrænset til personer over 18 år.

Behandlingsaktiviteten (forbrug) for psykologhjælp i Region Hovedstaden adskiller sig ikke meget fra behandlingsaktiviteten i de øvrige regioner. Jf. tabel 5 nedenfor ligger behandlingsaktiviteten i Region Hovedstaden meget nær landsgennemsnittet.

Tabel 5. Psykologhjælp (forbrug) i hele landet, 2016

Planområder	Antal patienter pr. 1.000 borgere 2016	Antal ydelser pr. 1.000 borgere 2016	Brutto Honorar pr. 1.000 borgere 2016	Andel patienter ift. antal borgere 2016
Region Hovedstaden	14	82	kr. 41.164	1,4%
Region Midtjylland	14	81	kr. 42.202	1,4%
Region Nordjylland	16	93	kr. 46.556	1,6%
Region Sjælland	15	79	kr. 39.752	1,5%
Region Syddanmark	15	83	kr. 42.615	1,5%
Hovedtotal	15	83	kr. 42.113	1,5%

Kilde: Targit: Antal borgere (sikrede) pr. 1/12 2016 (trukket den 14/6 2017)

Forbrug (Antal ydelser, bruttohonorar, antal patienter) 2016 (trukket den 14/6 2017)

3.3.1. Henvisningsgrupper i psykologpraksis

Almen praksis har mulighed for at henvise i alt 11 forskellige persongrupper til psykologhjælp med tilskud⁵. Der er stor forskel på omfanget af ydelser til de enkelte persongrupper. Gruppe 10 - let til moderat depression - er den persongruppe, som modtager flest ydelser hos de praktiserende psykologer. Næstfleste ydelser modtages af Gruppe 11- personer med let til moderat [angst](#) OCD.

⁵ De 11 henvisningsgrupper beskrives i afsnit 1.,

Tabel 6. Antal ydelser fordelt på henvisningsgrupper opdelt på planområder 2016

Henvisningsgrupper	Planområde					Hovedtotal
	Bornholm	Byen	Midt	Nord	Syd	
1 - Røveri-, volds- og voldtægts ofre	105	2.020	1.756	959	1.956	6.796
2 - Trafik- og ulykkes ofre	42	597	640	344	752	2.375
3 - Pårørende til alvorligt psykisk syge personer	133	3.827	2.940	2.165	2.875	11.940
4 - Personer ramt af en alvorligt invaliderende sygdom	251	4.314	3.801	3.359	3.936	15.661
5 - Pårørende til personer, der er ramt af en alvorligt invaliderende sygdom	248	4.335	3.377	2.475	3.432	13.867
6 - Pårørende ved dødsfald	231	5.086	3.718	2.839	4.434	16.308
7 - Personer, der har forsøgt selvmord	10	190	184	113	134	631
8 - Kvinder, der får foretaget provokeret abort efter 12. graviditetsuge. Psykologhjælp kan ydes forud for abortindgrebet, når anmodning om tilladelse til indgrebet er fremsendt til abortsamarrådet		251	53	41	119	464
9 - Personer, der inden det fyldte 18. år, har været ofre for incest eller andre seksuelle overgreb	91	562	281	406	516	1.856
10 - Personer med let til moderat depression, der er fyldt 18 år	1.129	16.197	14.179	10.630	15.260	57.395
11 - Personer, der lider af let til moderat angst, herunder let til moderat OCD, og er mellem 18 og 38 år	241	8.248	4.708	2.912	5.628	21.737
Hovedtotal	2.481	45.627	35.637	26.243	39.042	149.030

Kilde: Targit: Produktion (Antal ydelser fordelt på henvisningsgrupper) 2016 (trukket den 14/6 2017)

3.4. Praksisformer i psykologpraksis

Alle praktiserende psykologer i Region Hovedstaden er registreret som enkeltmandspraksis. Jf. overenskomsten kan psykologer også tilrettelægge deres praksis flere sammen i form af kompagniskabspraksis eller indgå mindre omfattende samarbejder som samarbejdspraksis. [Disse praksisformer beskrives i overenskomstens § 8.](#)

Foruden monofaglige fællesskaber i form af kompagniskabspraksis og samarbejdspraksis er der mulighed for, at psykologer kan indgå i tværfaglige praksisfællesskaber med andre behandlere i praksissektoren eller med andre behandlere i andre dele af sundhedsvæsenet for eksempel i kommunale sundhedshuse.

Boks 4: [Regionale PpP](#) praksisfællesskaber i Region Hovedstaden

Et praksisfællesskab forstås i [Region Hovedstaden](#) som flere ydere inden for praksissektoren, der går sammen i et fællesskab, gerne på tværs af faggrupper. Fællesskabet kan tillige omfatte kommunale sundhedstilbud og evt. med inddragelse af det sekundære sundhedsvæsen.

Det er forventningen, at etablering af praksisfællesskaber vil indebære en fordel i relation til at udnytte fælles faciliteter, samt medvirke til etablering af [stærke](#) faglige miljøer, [der kan sikre faglig videreuddannelse](#) og tværfaglige samarbejdsrelationer.

Det vurderes, at miljøet i større praksisfællesskaber er fordrende for arbejdet med kvalitetsudvikling og implementering af Den Danske Kvalitetsmodel. Derudover smidiggør større praksisfællesskaber også en række praktiske problemstillinger i forbindelse med sygdom, ferie med videre.

Etablering af praksisfællesskaber mellem psykologer og andre behandlergrupper forventes endvidere at kunne muliggøre øget oplevelse af sammenhæng i patientforløb for patienterne.

[Døg kan også a](#) Andre praksisformer/[samarbejdsformer \(andre end praksisfællesskaber\)](#) kan ligeledes være organiseret således, at høj faglig kvalitet og samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen understøttes.

Der er ikke konkret viden om, i hvilket omfang praktiserende psykologer i Region Hovedstaden indgår i formaliserede samarbejder med hinanden eller med andre behandlergrupper. Nogle psykologer tager forbehold for det ønskelige i lokale fællesskaber med andre behandlere, fordi en del patienter synes at foretrække diskretion vedr. deres brug af psykologhjælp og derfor gerne vil være alene i venteværelse.

For at understøtte målet om at øge andelen af praksisfællesskaber skal der tages højde for muligheden for, at psykologpraksis kan placeres i tilknytning til andre sundhedstilbud, som fx sundhedshuse, ved geografisk placering af eventuelle nye kapaciteter, samt løbende ved fx flytninger.

Anbefalinger:

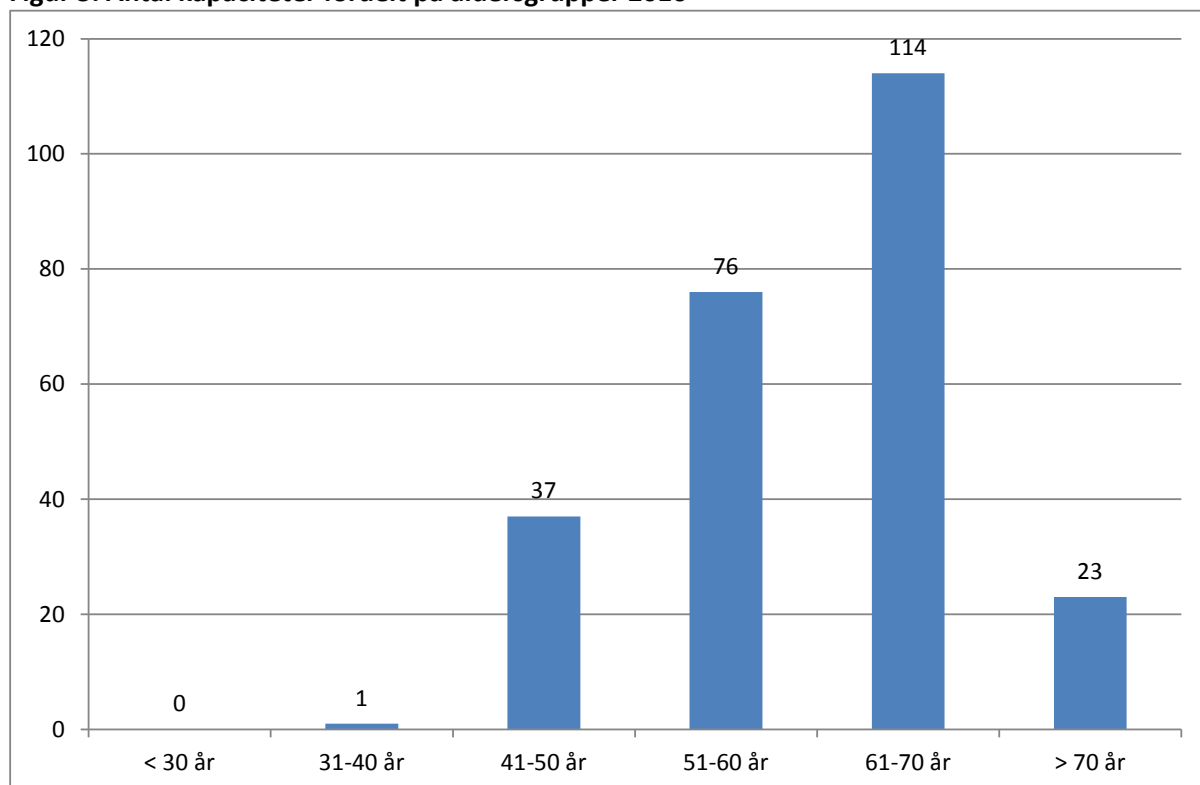
- Omfanget af formaliseret samarbejde mellem psykologer og samarbejde mellem psykologer og andre behandlergrupper kortlægges
- Ved tildeling af nye kapaciteter lægges der vægt på, at flere psykologer praktiserer i fællesskab med andre behandlere, og ved etablering af sundhedshuse og andre behandlerhuse i regionen indtænkes psykologpraksis, når relevant

3.5. Alder og køn

Mange psykologer nedsætter sig som praktiserende psykologer i den sidste del af deres arbejdsliv. Gennemsnitsalderen blandt de praktiserende psykologer i regionen er derfor høj. Lidt over halvdelen af de praktiserende psykologer i Region Hovedstaden er fyldt 60 år. Omkring 80 pct. af psykologerne er kvinder.

Ud fra et patientperspektiv kan det være relevant, at have adgang til psykologer med forskellige aldre og køn. Det anses derfor som hensigtsmæssigt at arbejde frem mod en større spredning i alder og køn.

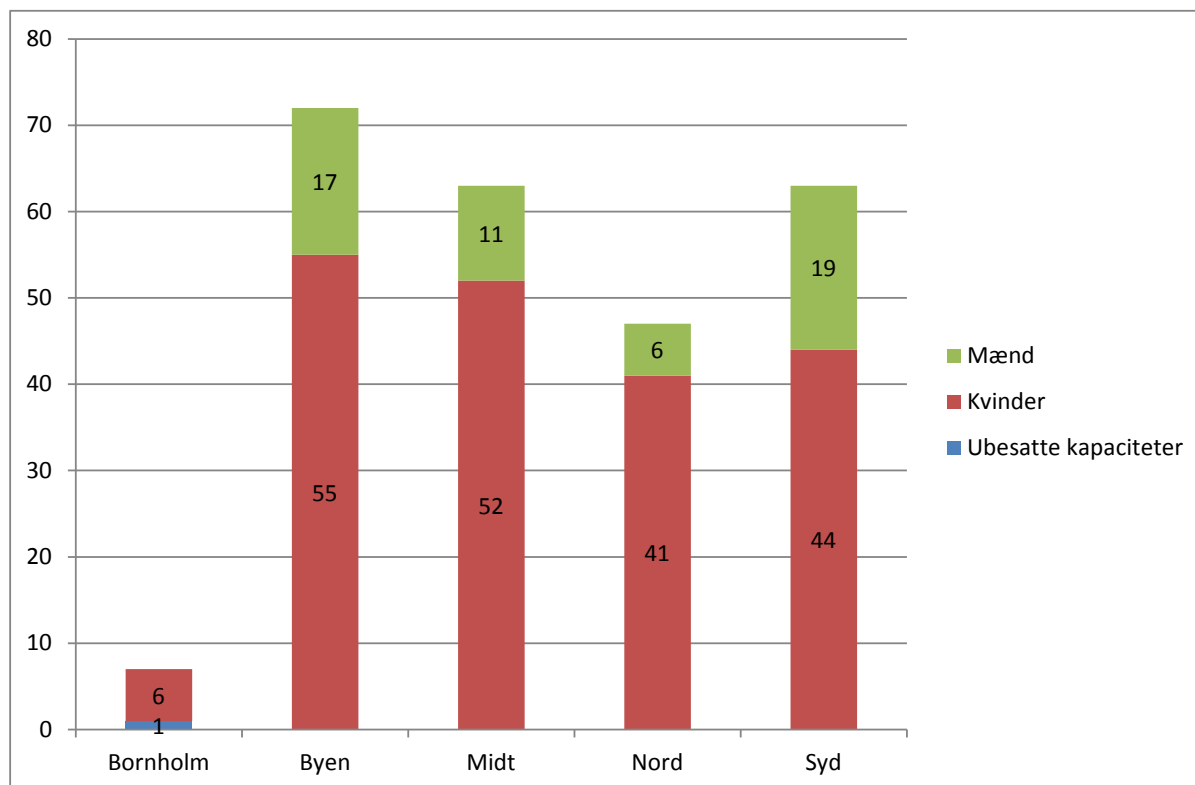
Figur 3. Antal kapaciteter fordelt på aldersgrupper 2016



Kilde: NOTUS Regional: Antal kapaciteter pr. 1/9 2016 fordelt på alder (trukket den 9/6 2017)

Figur 4. Antal kapaciteter fordelt på køn 2016

Punkt nr. 17 - Godkendelse af Praksisplan for psykologhjælp 2018-2021
Bilag 1 - Side -22 af 105



Kilde: NOTUS Regional: Antal kapaciteter pr. 1/9 2016 fordelt på køn (trukket den 9/6 2017)

3.6. Tilgængelighed i psykologpraksis

Det er en væsentlig overordnet målsætning for regionen fortsat at prioritere god tilgængelighed i psykologpraksis, herunder tilgængelighed for borgere med funktionsnedsættelse. Samtidig er det et ønske at sikre opdaterede oplysninger til borgerne om tilgængeligheden, så borgere med funktionsnedsættelse kan vælge behandlere ud fra kendskab til forholdene i den enkelte praksis. Desuden er det vigtigt, at patienterne, der har behov for psykologhjælp, nemt kan komme i kontakt med psykologpraksis.

3.6.1. Tilgængelighed for personer med funktionsnedsættelse

Tilgængelighed er et nøglebegreb i arbejdet med at skabe bedre forhold og øget valgfrihed for personer med funktionsnedsættelse. God tilgængelighed betyder i denne sammenhæng, at personer med funktionsnedsættelse kan få adgang til samme ydelser og fysiske færdene som personer uden funktionsnedsættelse.

Ifølge FN's Handicapkonvention, som Danmark ratificerede i 2009, er der en pligt til at fremme adgangen for personer med funktionsnedsættelse til bl.a. fysiske omgivelser, som er tilgængelige for offentligheden.

Parterne er enige om at fokusere på forbedring af tilgængeligheden for borgere med funktionsnedsættelser samtidig med, at oplysninger til borgerne om tilgængeligheden skal forbedres og prioriteres.

Fysisk tilgængelighed

Overenskomsten beskriver rammerne for de praktiserende psykologers forpligtelser vedr. den fysiske tilgængelighed til praksis.

Boks 5: Overenskomstens bestemmelser om fysisk tilgængelighed

§ 19. Retningslinjer for handicapvenlig adgang

Stk. 1.

Ved etablering af nye kliniklokaler i forbindelse med tiltrædelse af overenskomsten, ved nybygning, flytning og væsentlig ombygning af praksis skal der være handicapadgang i overensstemmelse med byggelovgivningens regler på området, dog skal der samtidig tages stilling til det konkrete behov for handicapforbedrende tiltag under specifik hensyntagen til de økonomiske konsekvenser for psykologen hermed.

Stk. 2.

Der skal i forbindelse med vurderingen af den handicapvenlige adgang ved tiltrædelse af overenskomsten i nye lokaler og ved ansøgning om flytning tages hensyn til de eksisterende lokaleforhold i det område, som ydernummeret er knyttet til.

Stk. 3.

I forbindelse med tiltrædelse af overenskomsten, hvor psykologen allerede har etableret kliniklokaler, kan der ikke stilles krav om forbedring af adgangsforholdene forud for tiltrædelse.

I forlængelse af ovenstående er praktiserende psykologer i Region Hovedstaden forpligtede til at afgive oplysninger om den fysiske tilgængelighed i forbindelse med flytning. Der er udviklet et skema om

Punkt nr. 17 - Godkendelse af Praksisplan for psykologhjælp 2018-2021

Bilag 1 - Side -24 af 105

klinikkens indretning og adgangsforhold, som bygger på byggelovgivningens regler om tilgængelighed. Dette skema udfylder psykologen i forbindelse med flytning af praksis.

Med udgangspunkt i de praktiserende psykologers egne vurderinger af tilgængeligheden, som oplyses til borgerne på praksisdeklarationen via sundhed.dk, har 94 praksis adgangsforhold, der er egnede for personer med funktionsnedsættelse, mens 37 praksis har egnede toiletforhold (jf. tabel 7 nedenfor).

Tabel 7: Antal psykologpraksis med adgang egnede for personer med funktionsnedsættelse, egnede toiletforhold og 'god adgang mærke'

Planområde	Antal med handicapvenlig adgang	Antal med handicaptoilet	Antal mærket med "God adgang"
Bornholm	3	1	
Byen	29	10	1
Midt	22	12	3
Nord	22	9	1
Syd	18	5	2
Hovedtotal	94	37	7

Kilde: Undersøgelse af telefonisk tilgængelighed i psykologpraksis, Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, 2016. I undersøgelsen kortlægges også psykologernes oplysninger om fysisk tilgængelighed i praksisdeklarationen på sundhed.dk.

Tilgængelighed for personer med funktionsnedsættelse prioriteres som et væsentligt element i afgørelser om flytninger og nynedsættelser af praktiserende psykologer. Denne praksis fastholdes i planperioden. Derudover skal der i planperioden arbejdes på yderligere indsatser for at øge tilgængeligheden til psykologpraksis, og fremskridtet i psykologernes tilgængelighed for borgere med funktionsnedsættelser skal følges.

God Adgang tilgængelighedsmærkning

Region Hovedstaden tilbyder i perioden 2015-2019-2017, at alle praktiserende behandlere med ydernummer i regionen kan blive tilgængelighedsmærket ved mærkeordningen 'God Adgang'. Dermed tilbydes en gratis mulighed for at få en uvildig vurdering af adgangen til praksis samt forslag til, hvordan tilgængeligheden kan forbedres.

God Adgangs tilbud til behandlere indeholder følgende:

- En udførlig beskrivelse med status over klinikkens tilgængelighed for patienter med forskellige funktionsnedsættelser, omfattende kørestolsbrugere, gang-, arm- og håndhandicappede, synshandicappede, hørehandicappede, udviklingshandicappede, mennesker med læsevanskeligheder og allergikere, baseret på mærkeordningen God Adgang
- Mulighed for at give nuværende og kommende patienter information om adgangsforholdene i praksis
- Konkrete anbefalinger til forbedringer af tilgængeligheden til praksis

Regionens tilbud til de private behandlere er frivilligt ~~og vejledende~~. Reguleringen af krav til tilgængeligheden er beskrevet i overenskomsten, samt af tilgængelighedsbestemmelserne i byggelovgivningen. Som det ses af ovenstående tabel, har 7 praksis opnået god adgang mærkning.

Regionen ønsker, at samarbejdsudvalget løbende følger udviklingen i tilgængeligheden for personer med funktionsnedsættelse i psykologpraksis gennem status for tilmeldinger til og status i mærkeordningen God Adgang, samt at psykologernes praksisdeklarationer holdes opdaterede med information om tilgængelighed for personer med funktionsnedsættelse.

3.6.2. Telefonisk og elektronisk tilgængelighed.

Patienter der har behov for psykologhjælp skal nemt kunne komme i kontakt med psykologpraksis. Overenskomsten fastsætter ikke nærmere krav til omfanget af eller tidspunktet for den enkelte praksis' telefontid. Ligeledes er der ikke krav om, at praksis skal være elektronisk tilgængelig for patienterne. Derimod fastsætter overenskomsten krav om, at oplysningerne om henvendelsesmuligheder er opdaterede og let tilgængelige for borgerne via praksisdeklarationen på sundhed.dk, så patienternes valg af psykolog lettes.

Boks 6: Overenskomstens bestemmelser vedr. oplysning om telefonisk og elektronisk tilgængelighed

Uddrag af overenskomstens § 16: Information til brug for valg af psykolog (Praksisdeklaration) vedr. tilgængelighed

Stk. 2: "Psykologen er forpligtet til at vedligeholde egne oplysninger i praksisdeklarationen. Oplysningerne redigeres på sundhed.dk, og der logges på med brug af digital signatur."

Stk. 3 (Uddrag):

Psykologen skal selv oplyse:

"- Hvis praksis tilbyder elektronisk kommunikation med patienterne, herunder tidsbestilling- og aflysning og oplysning om hvordan man som patient får adgang til at anvende dette (hjemmeside og e-mailadresse)"

"- Aktuelle konsultations- og telefontider."

"- Oplysning om ferie og længerevarende fravær, sygdom og kurser mv."

"ANMÆRKNING TIL § 16, STK. 3: "Hvis en patient ikke opnår kontakt med psykologen via de angivne kontaktmuligheder i psykologens praksisoplysning inden for den given træffetid, skal psykologen normalt kontakte patienten næstfølgende hverdag efter patientens henvendelse, dog senest inden for to hverdage."

Telefonisk tilgængelighed

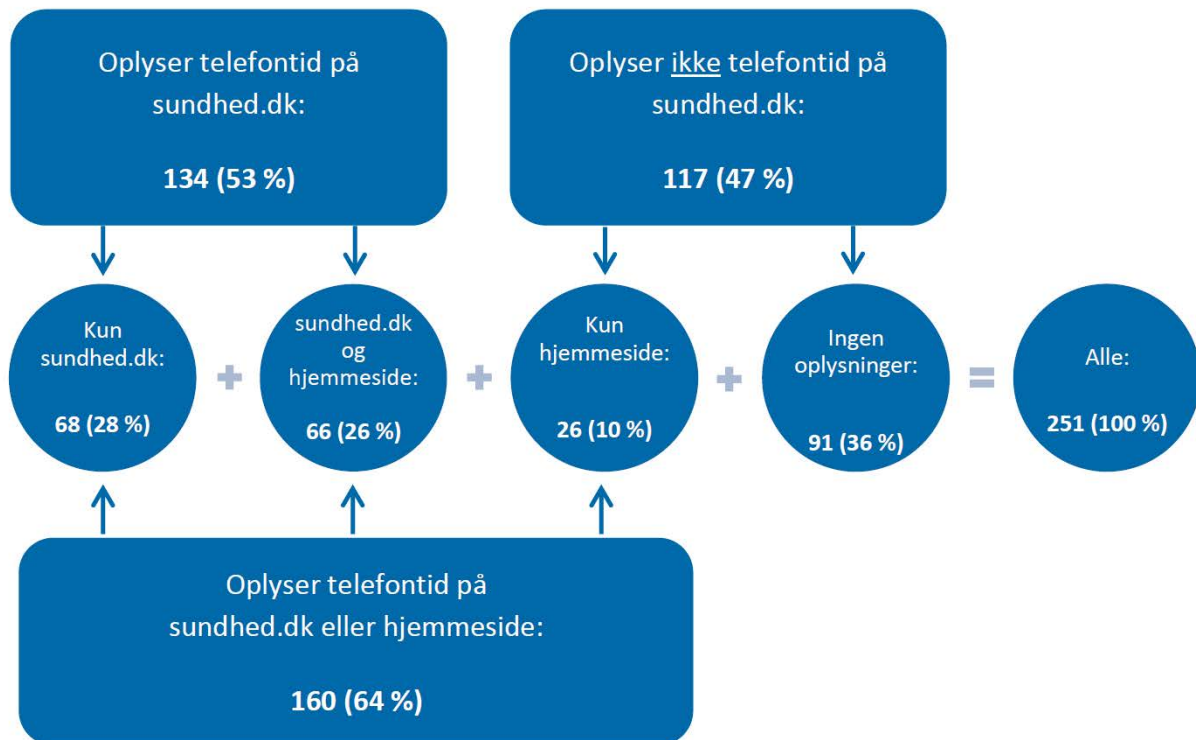
Som det fremgår af overenskomstens § 16, skal psykologerne oplyse telefon- og konsultationstid på praksisdeklarationen på sundhed.dk. Aktuelt er det dog ikke teknisk muligt at oplyse konsultationstider på sundhed.dk. Når det bliver muligt, skal det sikres, at psykologpraksis opdaterer praksisdeklarationen vedr. konsultationstider som beskrevet i overenskomsten.

Undersøgelsen i 2016 blev gennemført som et led i implementeringen af den foregående praksisplan. I den forbindelse blev de praktiserende psykologers oplysninger til patienterne om tilgængelighed til praksis også kortlagt. Foruden de overenskomstbestemte oplysninger på praksisdeklarationen på sundhed.dk har kortlægningen også fokuseret på de praktiserende psykologers supplerende oplysninger til patienterne via 'egen hjemmeside'.

På baggrund af kortlægningen ses det, at lidt over halvdelen (53 pct.) af praksis oplyser telefontid på praksisdeklarationen. Undersøgelsen viser desuden, at 10 pct. oplyser om telefontiderne på egen hjemmeside men ikke på praksisdeklarationen. 36 pct. giver ingen oplysninger om den telefoniske

tilgængelighed (se figur 5). For at leve op til overenskomsten skal oplysninger om telefonisk tilgængelighed fremgå af praksisdeklarationen.

Figur 5: Oplysninger om telefontider til patienterne (kilde: undersøgelse af telefonisk tilgængelighed i psykologpraksis, december 2016):



Kilde: Undersøgelse af telefonisk tilgængelighed i psykologpraksis. Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, 2016.

Nedenfor ses fordelingen af praksis, som har oplyst telefontid på sundhed.dk, i forhold til planområder. Som det ses, er der flest praksis i planområde midt, der oplyser telefontid.

Tabel 8: Oplysninger på sundhed.dk til patienter om telefontid

Planområde	Antal praksis med oplyst telefontid (sundhed.dk)	Procent af praksis med oplyst telefontid (sundhed.dk)
Bornholm	4	3
Byen	32	24
Midt	43	32
Nord	24	18
Syd	31	23
Hovedtotal	134	100

Kilde: sundhed.dk, oktober 2016.

På baggrund af undersøgelsen af den telefoniske tilgængelighed skal der i planperioden arbejdes for, at de psykologpraksis, som ikke har opdateret praksisdeklarationen vedr. telefonisk tilgængelighed i overensstemmelse med overenskomstens krav, gør det.

Resultater fra undersøgelse af den telefoniske tilgængelighed

Som det fremgår af overenskomsten, skal psykologpraksis, som ikke er kontaktbare inden for den givne træffetid, normalt kontakte patienten senest inden for to hverdage. Ifølge den gennemførte undersøgelse af den telefoniske tilgængelighed er 80 pct. af psykologpraksis direkte tilgængelige for borgerne inden for den oplyste telefontid, eller ved at praksis ringer tilbage til patienten efter overenskomstens bestemmelser⁶. ~~Blandt de 80 pct. tilgængelige Således~~ får patienterne i ca. halvdelen af tilfældene fat i psykologpraksis ved direkte telefonisk kontakt. I den anden halvdel af tilfældene opnås der typisk kontakt til psykologpraksis, ved at patienterne lægger en besked til psykologen, som ringer tilbage inden for to dage.

I de 20 pct. af tilfældene, hvor psykologpraksis ikke er telefonisk tilgængelig for patienterne, er den hyppigste årsag, at der ikke 'ringes tilbage' til patienten inden for to dage efter, at patienten har lagt besked til psykologen (se Bilag 4 figur 5.1).

På baggrund af undersøgelsens resultater skal der i planperioden arbejdes for, at alle psykologpraksis lever op til overenskomstens bestemmelser om telefonisk tilgængelighed.

Elektronisk tilgængelighed

It kan understøtte, at patienterne har let adgang til kontakt med psykologpraksis samt til information og tidsbestilling. Som det ses af boksen ovenfor, er psykologen forpligtet til at oplyse om praksis tilbyder elektronisk kommunikation med patienterne, herunder tidsbestilling- og aflysning, og oplysning om, hvordan man som patient får adgang til at anvende disse muligheder.

På baggrund af psykologernes registreringer på praksisdeklarationen på sundhed.dk ses, at næsten alle praksis oplyser, at det er muligt at kommunikere via e-mail. Nedenfor ses fordelingen ~~af praksis, som har oplyst, at det er muligt at kommunikere med praksis via e-mail,~~ i forhold til regionens planområder.

6 En psykologpraksis er i undersøgelsen af tilgængeligheden defineret som telefonisk tilgængelig, hvis: praksis er umiddelbart telefonisk kontaktfar (der opnås direkte kontakt ved første opkald eller første eller andet genopkald; der opnås kontakt inden for 10 minutter i telefonkø, eller hvis praksis besvarer telefonsvarerbesked eller ubesvarede opkald inden for to hverdage.

Tabel 9: Oplysninger til sundhed.dk-patienter.dk om mulighed for at kommunikere med praksis via mail

Planområde	Antal praksis med mulighed for kommunikation via e-mail (sundhed.dk)	Procent af praksis med mulighed for kommunikation via e-mail (sundhed.dk)
Bornholm	6	2
Byen	72	29
Midt	63	25
Nord	47	19
Syd	62	25
Hovedtotal	250	100

Kilde: Undersøgelse af telefonisk tilgængelighed i psykologpraksis. Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, 2016.

Fire praksis oplyser desuden på praksisdeklarationen, at det er muligt at bestille tid elektronisk. I undersøgelsen af den telefoniske og elektroniske tilgængelighed til psykologpraksis fra 2016 findes det imidlertid, at ingen af disse praksis har et system, der understøtter [elektronisk tidsbestilling](#), hverken på egen hjemmeside eller via sundhed.dk.

Tabel 10: Oplysninger til patienter vedr. mulighed for elektronisk tidsbestilling

Planområde	Antal praksis med mulighed for elektronisk tidsbestilling (sundhed.dk)	Procent af praksis med mulighed for elektronisk tidsbestilling (sundhed.dk)
Bornholm	0	0
Byen	0	0
Midt	0	0
Nord	3	75
Syd	1	25
Hovedtotal	4	100

Kilde: Undersøgelse af telefonisk tilgængelighed i psykologpraksis. Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, 2016

I takt med at flere psykologer i løbet af planperioden udvikler den elektroniske tilgængelighed overfor patienterne, skal der arbejdes for, at praksisdeklarationen afspejler disse muligheder. Desuden skal kendskabet til muligheden for elektronisk kommunikation med patienten udbredes.

Elektronisk korrespondance med og om patienter vil oftest indehold personfølsomme oplysninger. Derfor er det væsentligt, at e-mail kommunikationen mellem patient og psykolog foregår som sikker kommunikation. I planperioden vil der blive arbejdet med at understøtte og implementere brugen af sikker kommunikation i psykologpraksis.

Anbefalinger vedr. tilgængelighed til psykologpraksis:

- At der arbejdes for at forbedre informationen til patienterne på praksisdeklarationen om fysisk, såvel som telefonisk og elektronisk tilgængelighed til psykologpraksis.
- At der arbejdes for, at alle psykologpraksis lever op til overenskomstens bestemmelser om telefonisk tilgængelighed.
- At det dokumenteres ved afslutningen af planperioden, hvilke fremskridt der er sket i psykologernes tilgængelighed for borgere med funktionsnedsættelser.

Punkt nr. 17 - Godkendelse af Praksisplan for psykologhjælp 2018-2021
Bilag 1 - Side -29 af 105

- At samarbejdsudvalget løbende følger udviklingen i tilgængeligheden for personer med funktionsnedsættelse i psykologpraksis gennem status for psykologernes tilmelding til og status i mærkeordningen God Adgang.
- At kendskabet til muligheden for elektronisk kommunikation med patienten udbredes.
- At der arbejdes for at understøtte, at elektronisk kommunikation med patienterne foregår sikkert.

4. Psykologpraksis i det sammenhængende sundhedsvæsen

Målsætninger:

- At praktiserende psykologer understøtter sammenhængende patientforløb
- At praktiserende psykologer medvirker til velfungerende samarbejde og kommunikation med andre behandlere om fælles patienter
- At praktiserende psykologer bidrager til, at patienter og pårørende er og oplever at være aktiv samarbejdspart i eget forløb
- At patienter og pårørende efter behov deltager i udvikling af psykologers rolle i det samlede sundhedsvæsen.

Sammenhængende patientforløb er en afgørende forudsætning for kvalitet og effektivitet i sundhedsvæsenet samt en tilfredsstillende patientoplevelse. Det kræver, at den enkelte patient sættes i centrum, og at der sker en koordinering på tværs af praktiserende behandlere, specialer, hospitalsafdelinger og sektorer.

Parterne bag praksisplanen er enige om at understøtte udviklingen af psykologpraksis som en integreret del af sundhedsvæsenet, herunder at psykologpraksis indgår i gensidigt forpligtende tværsektorielt samarbejde med fokus på sammenhængende patientforløb.

Der skal ligeledes sikres opfølgning og gode overgange mellem psykologpraksis og øvrige sundhedsaktører. Det gælder især for patienter med samtidige forløb hos flere behandlere. Derfor skal praksisplanen understøtte og fremme kommunikation og samarbejde mellem psykologpraksis og øvrige sundhedsaktører, specielt de der har arbejdsopgaver i relation til psykologområdet.

Desuden er parterne enige om at fremme det aktive samarbejde med patienterne i planperioden, således at patienternes ønsker, muligheder og begrænsninger ~~også fremadrettet~~ er udgangspunktet for det konkrete behandlingsforløb. Samtidig skal patienternes perspektiv indgå, når udviklingen af psykologpraksis tilrettelægges.

4. 1 Patienten som aktiv samarbejdspart og lighed i sundhed

Patienterne og deres pårørende er vigtige ressourcer i fremtidens sundhedsvæsen. De skal opleve, at deres viden, behov og ønsker er udgangspunkt for behandlingen og planlægningen af deres forløb. Patienter, der er godt informerede og medbestemmende i patientforløbet, er i højere grad motiverede for at følge en behandlingsplan og er mere tilfredse med behandlingen, ligesom inddragelse af patientens unikke viden om eget forløb bidrager til at forebygge fejl⁷.

Region Hovedstaden har vedtaget en politik for patient- og brugerinddragelse, som bygger på følgende værdier:

Boks 7: Værdier i Region Hovedstadens politik for patient- og brugerinddragelse

⁷ Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, August 2014, Dialogpapir om øget inddragelse af patienter og Pårørende.

- Vi tager hensyn til, hvem du er
- Vi træffer ingen beslutninger om dig uden dig
- Vi spørger dig, fordi vi har brug for din viden
- Vi tager ansvar for sammenhæng i dit forløb

4.1.1 Aktivt samarbejde med patienten om eget behandlingsforløb

Aktivt samarbejde med den enkelte patient og dennes pårørende handler om at bringe patientens ønsker og viden i spil og øge den enkeltes oplevelse af autonomi og evne til at mestre eget forløb. I psykologpraksis handler individuel patientinddragelse om, at psykologen ~~i dialogen med patienten~~ tager udgangspunkt i patientens egne oplevelser og ønsker om udredning, behandling og opfølgning. ~~Det betyder, at~~ Beslutninger, der har betydning for den enkelte, ~~fortsat~~ træffes derfor sammen med vedkommende patienten.

Patienterne er allerede i dag meget involveret i samarbejdet med praktiserende psykologer og dette arbejde skal fortsætte. Patienterne har forskellige ønsker, forudsætninger og muligheder for at deltage i beslutninger om eget behandlingsforløb. Derfor skal de indsatser, der tilbydes, ikke kun tage højde for patienternes ressourcer og ønsker, men også for patienternes øvrige livssituation herunder ~~eventuelt begrænsede~~ forudsætninger for at deltage i fælles beslutningstagning. Det øger patienternes mulighed for – uanset social baggrund og situation – at få størst muligt udbytte af behandlingen.

Anbefaling:

- At øget patient- og pårørendesamarbejde understøttes, så patienterne oplever at være en aktiv samarbejdspart i eget forløb

4.1.2 Samarbejde med patienter og pårørende om udviklingen af sundhedsvæsenet

Foruden samarbejdet med patienter og pårørende om den enkeltes forløb, kan patientsamarbejdet også styrkes på et organisatorisk plan, hvor patienternes perspektiver inddrages i den måde, sundhedstilbuddene tilrettelægges og evalueres på. Dette sker allerede i Region Hovedstaden i dag. F.eks. har Patientinddragelsesudvalget og Regionshandicaprådet deltaget i dialog- og høringsaktiviteter under udarbejdelsen af denne praksisplan.

Anbefaling:

- At patienternes perspektiv løbende inddrages, når praksisplanen implementeres gennem konkrete indsatser

4.1.3 Patientrapportering af utilsigtede hændelser

Patienter og pårørende har mulighed for at påvirke udviklingen i psykologpraksis gennem rapportering af utilsigtede hændelser. Utilsigtede hændelser kan ske hos den enkelte psykolog såvel som i behandlingsforløbet ved overgang mellem behandlere. Rapportering af utilsigtede hændelser har været en mulighed for patienter og pårørende siden 2011. De rapporterede utilsigtede hændelser opsamles og bearbejdes i Region Hovedstaden i en særlig patientsikkerhedsorganisation. Rapporteringen tilgår den pågældende praksis med henblik på, at praksis kan drage læring af hændelserne.

Rapportering af utilsigtede hændelser fra patienter sker indtil videre kun i beskedent omfang. Det er derfor vigtigt, at patienter og pårørende får kendskab til muligheden for at rapportere **eventuelle** utilsigtede hændelser.

Anbefaling:

- At der i planperioden fokuseres på at informere patienter og pårørende om muligheden for at rapportere utilsigtede hændelser

4.2 Samarbejde og kommunikation med det øvrige sundhedsvæsen

Det er vigtigt for den enkelte patient, at der foregår en relevant kommunikation mellem behandlerne, og at den kommunikation/information, der bliver givet til patienten, er konsistent og sker med respekt for den behandling, som patienten modtager fra andre behandlere.

Overenskomst om psykologhjælp sætter rammerne for psykologernes samarbejde og kommunikation med de øvrige dele af sundhedsvæsenet.

Boks 8: Overenskomsten om samarbejde mellem almen praksis og psykologer

§ 23 stk. 1: "....Endvidere er psykologer forpligtet til at følge nationale og regionale aftaler om arbejdsdeling og samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen, som involverer og har relevans for psykologpraksis."

4.2.1 Samarbejde og kommunikation med almen praksis

En god og gensidig kommunikation mellem psykologpraksis og almen praksis vurderes at give de bedste betingelser for den samlede behandling af patienten. Derfor skal der i planperioden arbejdes med at udbygge kommunikationen mellem psykologer og almen praksis. Samarbejde og kommunikation mellem psykologen og patientens praktiserende læge er særligt vigtig, når patienten har et forløb, som kræver en tværgående indsats.

Boks 9: Overenskomsten om samarbejde mellem almen praksis og psykologer

§1. stk.2 (uddrag):

Psykologer i primærsektoren har en vigtig rolle i det danske sundhedsvæsen. I sundhedsvæsenet er det vigtigt at sikre sammenhængende patientforløb, og det er derfor væsentligt, at psykologerne indgår i et tæt samarbejde med andre sundhedsfaglige aktører navnlig de alment praktiserende læger. Psykologbehandling sker efter henvisning fra den praktiserende læge, og psykologen sender ved behandlingens afslutning en epikrise til den praktiserende læge. På den måde sikres sammenhæng og kvalitet i lægens fortsatte behandling af patienten.

Uddrag fra den oprindelige aftale ml. RLTN og DP:

Sammenhæng i den samlede behandlingsindsats for de patienter, der behandles i psykologpraksis skal understøttes ved at relevant viden om den enkelte patients behandling i psykologpraksis tilgår den praktiserende læge, der varetager rollen som tovholder for klienten.

Boks 10: Overenskomsten om startbreve til almen praksis:

§10 stk. 7 (uddrag): Det påhviler psykologen at drage omsorg for, at patientens egen læge underrettes ved psykologbehandlingens iværksættelse og afslutning.

Boks 11: Overenskomsten om psykologens pligt til at vurdere den enkeltes behandlingsbehov

§ 10 stk. 8. Psykologen er forpligtet til at foretage en selvstændig og individuel vurdering af den enkelte patients behandlingsbehov i overensstemmelse med de retningslinjer mv., som gælder for ordningen.

Kommunikation med almen praksis foregår elektronisk som henvisninger fra patientens praktiserende læge til psykologen, som startbreve fra psykolog til den praktiserende læge og endelig som epikriser fra psykologen til patientens praktiserende læge ved forløbets afslutning. Kommunikationen kan løbende suppleres med korrespondancemeddelelser om patienternes behandling og tilstand. Ved kommunikationen skal anvendes gældende MedCom-standards. MedCom-standarderne understøtter sikker kommunikation. Kommunikationen forudsætter samtykke fra patienten jævnfør lovgivning om videregivelse af helbredsoplysninger⁸.

Psykologer, der praktiserer efter overenskomsten, skal have et sikkert og opdateret IT-system og en sikker og hurtig internetadgang, der er beskyttet af firewall og antivirus-programmer. Psykologens IT-systemer skal understøtte relevant kommunikation med det øvrige sundhedsvæsen efter de gældende standarder, herunder MedCom, og kommunikationen skal så vidt muligt foregå via det internetbaserede sundheds-datanet⁹.

Nedenfor beskrives de situationer, hvor kommunikation mellem psykolog og praktiserende læge særligt bør finde sted.

Henvisning fra almen praksis

En god henvisning fra almen praksis indeholder information om henvisningskategori, hvor den praktiserende læge henholder sig til de krav, der er under henvisningskriterierne, samt beskriver eventuel relevant ordination af lægemidler til patienten. Dette giver psykologen et velinformeret grundlag for tilrettelæggelse af patientens behandling.

Sundheds- og Ældreministeriets vejledning fra efteråret 2016 for personers adgang til tilskudsberettiget psykologbehandling henvender sig til praktiserende læger, som henviser til psykologhjælp. I planperioden vil der blive arbejdet med at udbrede kendskabet til denne vejledning, herunder de konkrete henvisningskriterier.

Der er kommet en ny ydelse i overenskomsten, hvorved 1. og 2. konsultation uden efterfølgende forløb (fejlhenvisning) registreres. Der vil således kunne følges op på omfanget af fejlhenvisninger.

Startbrev

Den praktiserende psykolog orienterer patientens praktiserende læge om opstart af behandlingsforløb via afsendelse af et startbrev. Med startbrevet er lægen orienteret om, hvilken praktiserende psykolog patienten har etableret kontakt med og samarbejdet mellem praktiserende læge og praktiserende psykolog er dermed gjort mulig. Der er pt. ingen statistikker over de praktiserende psykologers afsendelse af startbrev.

⁸ Bekendtgørelse om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv. BEK nr. 665 af 14/09/1998.

⁹ Overenskomst om psykologhjælp § 31 stk. 1: Anskaffelse og anvendelse af IT i almen praksis.

Korrespondancebreve

Korrespondancebreve og meddelelser bliver i dag primært anvendt i forbindelse med opstart af forløb, hvor lægerne orienteres, ved fejlhenvisninger, hvor der anmodes om anden henvisning eller orienteres om, at klientens henvisning er ugyldig eller ved behov for udveksling af informationer i øvrigt. Parterne er enige om, at der i planperioden skal arbejdes med udbredelse af denne mulighed.

Epikriser

I den foregående planperiode har der været fokus på at øge antal epikriser i psykologpraksis. Regionens psykologpraksiskonsulent har udsendt nyhedsbreve og udsendt af individuel le statistikker over epikriser til den enkelte psykologklinik. Dette arbejde skal fortsættes i denne planperiode.

I den nye overenskomst lægges der op til, at der fremadrettet også skal arbejdes med kvaliteten af epikriserne. For yderligere at styrke samarbejdet mellem praktiserende læger og psykologer, skal der igangsættes indsatser for at understøtte kvaliteten i epikriseskrivning.

Fælles aktiviteter mellem almen praksis og praktiserende psykologer

Derudover er det væsentligt, at både praktiserende læger og praktiserende psykologer får gensidig indsigt i vilkår og arbejdsmetoder. Dette kan fx ske gennem fælles kursusaktiviteter om relevante emner som eksempelvis angst og depression, men også ved at praksiskonsulenten udbreder kendskab til de vilkår psykologerne arbejder under på kurser for praktiserende læger. Derudover kan der afholdes lokale efteruddannelsesmøder mellem psykologer og praktiserende læger fx om konkret samarbejde, patientgrupper mm.

Anbefalinger:

- At der i planperioden arbejdes med udbredelse af sikker elektronisk kommunikation.
- At udbrede kendskabet i almen praksis til vejledning om adgang til tilskudsberettiget psykologbehandling samt henvisningskriterier, herunder følge omfanget af fejlhenvisninger
- At udbrede kendskab til startbreve blandt psykologer og praktiserende læger, herunder brug af korrespondancemeddelelser.
- At understøtte og sikre, at fremsendelse af epikriser til almen praksis sker i henhold til overenskomsten
- At der afholdes fælles aktiviteter med henblik på at udvikle samarbejdet mellem almen praksis og psykologpraksis
- At decentrale lokale efteruddannelsesmøder med psykologer og praktiserende læger understøttes og faciliteres.

4.2.2 Samarbejde og kommunikation med speciallægepraksis samt børne- og ungdomspsykiatri og psykiatrien

I Region Hovedstadens Psykiatriudvalgs treårsplan for 2017-2019 "Den fortsatte udvikling af psykiatrien i Region Hovedstaden" fremgår det, at der ligger en opgave for administrationen i at undersøge muligheder for at henvise nye patientgrupper til psykologbehandling i praksissektoren.

Patienter behandles i visse tilfælde også i speciallægepraksis eller i hospitalsregi indenfor psykiatrien eller i børne- og ungdomspsykiatrien. Det er vigtigt, at praksisplanen understøtter sammenhængende patientforløb for disse patienter. Henvisning til psykolog eller videre til psykiatrisk forløb foregår via patientens egen læge. Den praktiserende psykolog har ingen direkte henvisningsmulighed til praktiserende psykiater eller psykiatrien. Ved afslutning af patienten samt ved genhenvisning udfyldes og sendes en epikrise med oplysninger om behandlingseffekt til patientens praktiserende læge, som kan videreformidle oplysningerne til fx psykiatrien.

Samarbejdet mellem praktiserende psykologer og praktiserende speciallæger i psykiatri udfordres af denne struktur. Der skal derfor i planperioden fokuseres på, hvordan samarbejdet mellem praktiserende psykologer og praktiserende speciallæger i psykiatri kan udvikles.

Det kan være en udfordring at få udført den nødvendige indledende psykologiske undersøgelse, herunder testning af henviste børn og unge ved modtagelse hos de praktiserende psykiatere. Det kan medføre unødigt ventetid på igangsættelse af behandling hos den praktiserende psykiater. Parterne er enige om at undersøge muligheden for, at praktiserende psykologer kan bidrage til hurtigere vurdering af patienterne (børn og unge). Såfremt praktiserende psykologer i højere grad skal bidrage til psykologisk undersøgelse af børn og unge forudsætter det, at der indgås en lokalaftale med relevante psykologer, jf. overenskomstens (§46, stk.1-3).

For at understøtte øget samarbejde mellem praktiserende psykologer og praktiserende speciallæger i psykiatri foreslås, at der arrangeres fælles temadage om kommunikation/information om fælles patienter, herunder generel videndeling om behandlingsmuligheder.

Collabri er et regionalt projekt til styrkelse af den sammenhængende indsats mellem behandlingspsykiatrien og almen praksis (shared care) for patienter med let til moderat angst eller depression. Psykologpraksis indgår ikke i projektet. I projektet arbejdes der med at understøtte almen praksis i at opspore, henvise og behandle de pågældende patienter optimalt. Dette arbejde følges i planperioden med henblik på eventuelle tiltag på psykologområdet.

Anbefalinger:

- At det i planperioden undersøges, hvordan samarbejdet mellem praktiserende psykiatere og psykologer kan udvikles, herunder om praktiserende psykologer i højere grad kan bidrage til udførelse af test
- At der arrangeres fælles temadage for psykologer og psykiatere om kommunikation/information om fælles patienter, herunder generel videndeling om behandlingsmuligheder

4.2.3 Samarbejde og kommunikation med kommunerne

I dag kommunikerer kommunerne primært med de praktiserende læger omkring lægeerklæringer mm. Kommunerne har mulighed for at indhente erklæringer fx i forbindelse med opfølgning på sygemeldte personer. Rammerne herfor er beskrevet i Dansk Psykologforening og KL's fælles vejledning om det social-psykologiske samarbejde. Der er også af og til forløb, hvor egenbetalingen dækkes af kommunerne fx for flygtninge.

Kommunikation og samarbejde mellem praktiserende psykologer og kommunerne kan trods beskedent omfang være væsentlig for at sikre sammenhængende patientforløb ~~for nogle patientgrupper~~. En del af patienterne i psykologpraksis kan være i forløb hos deres kommune. Det kan eksempelvis være børn og unge, som er i forløb i det kommunale PPR (Pædagogisk Psykologisk Rådgivning), voksne, som er i risiko for at falde ud af arbejdsmarkedet, eller som er i et rehabiliteringsforløb. -eller i relation til rehabilitering I planperioden skal potentialet for kommunikation og samarbejde mellem psykologpraksis og kommuner om patienter, som praktiserende psykologer behandler, ~~indenfor overenskomsten med regionerne derfor~~ afdækkes. Yderligere skal det afdækkes, hvordan samarbejdsrelationen mellem psykologpraksis og kommuner kan styrkes.

Anbefaling:

- At potentialet for kommunikation og samarbejde mellem psykologpraksis og kommuner afdækkes.

4.2.4 Samarbejde og kommunikation med hospitaler

Samarbejdet med psykiatrien opstår primært, hvis en patient er selvmordstruet, og psykologen understøtter patientens kontakt til psykiatrisk skadestue.

I de tilfælde, hvor en patient har været indlagt, ~~kan modtage den praktiserende læge~~ psykologerne – forudsat patientens samtykke ~~og at lægen vurderer det relevant – sende modtage en~~ epikrise ~~til den fra den praktiserende psykologlæge.~~

Hospitalerne har en interesse i at få et større kendskab til henvisningskriterier til praktiserende psykologer og patienternes muligheder for behandling i psykologpraksis, således at de bedre kan rådgive patienterne.

Anbefaling:

- Udbredelse af kendskabet til henvisningskriterier og mulighederne for behandling i psykologpraksis til relevante hospitalsafdelinger.

4.3 Sundhed.dk

Formålet med sundhed.dk er at være en ~~informations og oplysningsside. samlingspunkt for den internetbaserede kommunikation mellem henholdsvis brugere og aktører i det danske sundhedsvæsen.~~

Den del af sundhed.dk, der er målrettet sundhedsfaglige, benyttes af regionen til bl.a. at formidle relevant information til praktiserende psykologer af faglig og administrativ karakter.

Der skal i planperioden fortsat arbejdes med at udbrede praktiserende psykologers kendskab til sundhed.dk., herunder den praksisdeklaration praktiserende psykologer skal have i henhold til overenskomsten samt opdaterede ventetider for henholdsvis depression og angst og øvrige henvisningsgrupper. Det kan fx ske ved oplæg om sundhed.dk ved mødeaktiviteter, nyheder i nyhedsbrevet mm.

Anbefaling:

- At psykologpraksis' kendskab til sundhed.dk øges

5. Kvalitetsudvikling i psykologpraksis

Målsætninger:

- At praktiserende psykologer arbejder målrettet og systematisk med kvalitetsudvikling
- At praktiserende psykologer arbejder ud fra de gældende faglige retningslinjer
- At patientsikkerhed i psykologpraksis styrkes
- At psykologpraksis understøttes gennem undervisnings- og kursustiltag, som løfter kvaliteten og samarbejdet mellem psykologer og samarbejdsparter
- At Den Danske Model for Kvalitetsudvikling implementeres i psykologpraksis i det tempo og omfang, modellen udvikles og indgår i overenskomsten
- At en kvalitetsudviklingskultur blandt psykologerne understøttes

Arbejdet med kvalitetsudvikling er et vigtigt element i bestræbelserne på at sikre de praktiserende psykologers rolle i et sammenhængende sundhedsvæsen. I dag arbejdes der med kvalitetsudvikling i psykologpraksis inden for felterne kliniske retningslinjer, kommunikation, efteruddannelse samt patientsikkerhed.

Det fremgår af overenskomsten, at kravene til øget samspil mellem sektorerne vil fylde mere i de kommende år, og parterne bag praksisplanen er enige om, at arbejdet med kvalitet skal udvikles og understøttes, så det sikres, at de praktiserende psykologer har fokus på kvalitet i behandlingen og arbejder med læring og forbedring samt systematisk kvalitetsudvikling.

I dette afsnit fokuseres på, hvilke indsatser, der skal arbejdes med i planperioden for at understøtte kvalitetsudvikling såvel monofagligt i psykologpraksis som i samarbejdet med det øvrige sundhedsvæsen.

5.1 Rammer for kvalitetsudvikling

Regionernes fælles strategi for kvalitetsudvikling på praksisområdet¹⁰ og Overenskomst om psykologhjælp danner rammerne for kvalitetsudviklingstiltagene i denne plan. I regi af overenskomstens parter er et udviklingsarbejde i gang, som skal skabe en version af Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) specielt tilpasset psykologpraksis.

5.1.1 Regionernes strategi for kvalitet på praksisområdet

Regionernes strategi for kvalitet på praksisområdet har til formål at skabe et større fokus på og systematik i kvalitetsarbejdet blandt alle behandlergrupper på praksisområdet. Det er et af strategiens centrale mål at få skabt en fælles kvalitetskultur på praksisområdet og på tværs af sektorgrænser, samt at alle praksisområder skal akkrediteres efter principperne i Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM).

Boks 12: Regionernes strategi for kvalitetsudvikling

- Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) udvikles og implementeres
- Behandlere på praksisområdet arbejder med databaseret kvalitetsudvikling
- "Kvalitetscirklen" benyttes i forbindelse med kvalitetsudvikling
- Behandling følger gældende faglige retningslinjer og "best practice"
- Forberedelse til akkreditering og opnåelse af akkrediteringsstatus

¹⁰ Danske Regioner 2012: Kvalitet i praksis

- regionernes strategi for målrettet og systematisk kvalitetsudvikling på praksisområde

Arbejdet med kvalitetsudvikling i DDKM bygger på kvalitetscirklen. Kvalitetscirklen, også kaldet PDSA-cirklen, er en grundlægende model for systematisk kvalitetsudvikling.

DDKM har i flere år fungeret som en fælles kvalitetsudviklingsmodel for det danske sundhedsvæsen. DDKM er metodemæssigt et akkrediteringssystem, der omfatter et sæt af kvalitetsstandarder og en akkrediteringsproces.

Akkreditering efter DDKM er under udfasning på [bl.a. de offentlige hospitaler og apoteker](#), hvor DDKM erstattes af 'Nationalt kvalitetsprogram på sundhedsområdet' [bestående af 8 kvalitetsmål](#). Denne proces følges i planperioden, da den på sigt kan få indflydelse på kvalitetsarbejdet i praksissektoren.

5.1.2 Indsatser på kvalitets- og efteruddannelsesområdet

Overenskomsten beskriver rammerne for indsatser indenfor kvalitets- og efteruddannelsesområdet. Det fremgår af overenskomsten, at der i perioden skal ske et udviklingsarbejde indenfor flere områder, fx DDKM, efteruddannelse, kliniske retningslinjer, etablering af en Fond mm.

Rammerne for mange af disse indsatser er ikke endeligt afklaret, og der afventes derfor en national afklaring [i overenskomstregi](#) af disse. Regionalt vil der blive et implementeringsarbejde, når rammerne er på plads.

Boks 13: Overenskomst om psykologhjælp indenfor kvalitets- og efteruddannelsesområdet – et sammendrag

Den gældende overenskomst om psykologhjælp fastsætter, at psykologer skal følge og holde sig opdateret på nationale faglige og kliniske retningslinjer, samt er forpligtet til at følge nationale og regionale aftaler om arbejdsdeling og samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen¹¹.

I overenskomstperioden skal der desuden udvikles en kvalitetsdatabase, som bl.a. skal dokumentere aktiviteterne omkring behandling. Arbejdet er placeret i regi af Sundhedsstyrelsen.

Der er som aftalt i overenskomsten etableret en national kvalitets- og efteruddannelsesfond. Fondens bestyrelse består af to repræsentanter udpeget af henholdsvis Dansk Psykolog Forening og RLTN. For de midler Fonden er tilført som start, anvendes størstedelen til et forskningsprojekt (4 mio. kr.), som skal afdække og dokumentere effekten af psykologbehandling, herunder også med fokus på samfundsmæssige effekter af psykologbehandling. 2 mio. kr. anvendes til efteruddannelsesaktiviteter og 200.000 kr. til en indtjenings- og omkostningsundersøgelse blandt psykologerne.

Parterne bag overenskomsten er enige om, at efteruddannelse og faglig ajourføring er afgørende vigtigt for psykologerne i den offentlige ordning. Der arbejdes nationalt på at nedsætte en gruppe, der skal afdække hvilke kompetencer psykologerne skal besidde, samt forslag til relevante efteruddannelses tilbud. Tanken er, at der allerede i indeværende overenskomstperiode skal udbydes systematisk efteruddannelse, som det vil blive kaldt.

Overenskomstparterne er enige om at arbejde videre med at understøtte DDKM i overenskomstperioden, hvor der skal udvikles en kvalitetsmodel for psykologpraksis, som klinikkerne skal akkrediteres efter.

¹¹ Overenskomst om psykologhjælp 2016, § 23

Anbefalinger:

- At det nationale arbejde [i regi af overenskomstens parter](#) vedr. kvalitetsudvikling i psykologpraksis følges med henblik på at sikre regional implementering

5.2 Udvikling af Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) for psykologpraksis

Det fremgår af overenskomsten, at der i overenskomstperioden skal udvikles en kvalitetsmodel for psykologpraksis. I samarbejde med Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet udvikles et standardsæt til brug for akkreditering i den enkelte psykologpraksis.

Frem til at kvalitetsmodellen er klar til implementering, ønskes understøttelse af en kvalitetsudviklingskultur blandt praktiserende psykologer, herunder afprøvning af relevante pilotprojekter på kvalitetsområdet.

I Region Hovedstaden pågår der på psykologområdet allerede en række kvalitetsudviklingsindsatser, som vil kunne understøtte akkreditering efter standarderne i DDKM. Arbejdet med kvalitetsudviklingsindsatserne skal derfor fortsættes og videreudvikles i planperioden. Det drejer sig eksempelvis om indsatser i relation til patientsikkerhed, samt kommunikation som fx epikriser. Der vil i planperioden forsat blive arbejdet med at understøtte kvalitetsarbejdet og en kvalitetsudviklingskultur blandt psykologerne.

Anbefalinger:

- At der arbejdes systematisk med implementering af elementerne i DDKM i det tempo og det omfang modellen udvikles og indgår i overenskomsten

5.3 Implementering af kliniske retningslinjer i psykologpraksis

Formålet med kliniske retningslinjer er at sikre en **ensartet** høj faglig kvalitet i behandlingen, uanset hvor patienten befinder sig, og hvilken sundhedsfaglig person vedkommende henvender sig til. Basis for retningslinjerne er videnskabelig evidens og bedste praksis på området.

I planperioden skal der arbejdes med at understøtte, at alle patienter modtager behandling af **lige** høj faglig kvalitet. Dette kan bl.a. understøttes ved efteruddannelse og kompetenceløft. Det søges også understøttet ved, at der i planperioden vil blive arbejdet med et pilotprojekt om ensartet behandling/forløb for udvalgte grupper. Første skridt i pilotprojektet vil være at afdække hvilke patienter, der eventuelt kan have gavn af mere ensartede forløb.

Anbefalinger:

- At kliniske retningslinjer og regionale aftaler om arbejdsdeling og samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen implementeres/udbrederes i psykologpraksis
- At det i planperioden afdækkes, om udvalgte patientgrupper kan have gavn af mere ensartede behandlingsforløb

5.4 Patientsikkerhed i psykologpraksis

Praktiserende psykologer er ligesom den øvrige praksissektor omfattet af pligten til at rapportere utilsigtede hændelser (UTH). Det betyder, at psykologer systematisk og konsekvent skal lære af utilsigtede hændelser, der finder sted i psykologpraksis.

I Region Hovedstaden er der nedsat et patientsikkerhedsråd for praksissektoren, apotekerne og kommuner, der skal følge implementeringen af sundhedslovens bestemmelser om patientsikkerhed og godkende handleplaner i forbindelse med analyse af utilsigtede hændelser.

Indrapporterede utilsigtede hændelser behandles af regionens risikomanagere, der arbejder med hændelser fra blandt andet psykologer. ~~Risikomanagerne står til rådighed for at hjælpe og vejlede~~ Sagsbehandlingen af de utilsigtede hændelser sker fortroligt og alene med henblik på læring, herunder med forslag til hvorledes der kan ske læring af hændelsen.

Der er begrænsede erfaringer med indrapportering af utilsigtede hændelser i psykologpraksis. Patientsikkerhed forventes at blive stærket bl.a. ved at blive en standard i akkrediteringsmodellen.

5.4.1 Tiltag for at styrke patientsikkerheden

Med henblik på at styrke patientsikkerheden skal der i planperioden arbejdes for at udvikle patientsikkerhedskulturen og fremme læring på baggrund af arbejdet med utilsigtede hændelser.

Første skridt er at beskrive eksempler på, hvad utilsigtede hændelser kan være i psykologpraksis. Dernæst er det relevant at igangsætte en indsats med det formål at højne patientsikkerheden hos praktiserende psykologer ved at øge kendskabet til utilsigtede hændelser og til rapporteringssystemet.

Anbefalinger:

- At der i planperioden arbejdes for at udbrede kendskabet til indrapportering ~~enspligten af~~ utilsigtede hændelser blandt de praktiserende psykologer
- At der i planperioden gennemføres et udviklingsprojekt i psykologklinikkerne om indrapportering og læring af utilsigtede hændelser

5.5 Efteruddannelse og kompetenceløft

Det er aftalt i overenskomsten, at der ~~Der bliver~~ nationalt nedsættes ~~nedsat~~ en gruppe, der skal afdække hvilke kompetencer psykologerne fremover skal besidde, samt forslag til relevante efteruddannelses tilbud. Tanken er, at der allerede i indeværende overenskomstperiode skal udbydes systematisk efteruddannelse.

I overenskomsten er beskrevet, at der ønskes et kompetenceløft til psykologerne med henblik på styrket kommunikation med øvrige behandlergrupper, herunder også for at styrke arbejdet med den kommende danske kvalitetsmodel for psykologhjælp.

For at understøtte det samlede patientforløb er det væsentligt med dialog med andre ydergrupper i praksissektoren inden for de områder, hvor det er meningsfuldt. Det kan eksempelvis være i forhold til behandlingsforløb for patienter med angst og depression, personlighedsforstyrrelser m.fl., hvor samarbejdet mellem psykiatere, almen praksis og psykologer er relevant. Formålet hermed kan være kommunikation om konkrete patientforløb og samarbejde for at undgå dobbeltforløb og dobbeltundersøgelser. I planperioden understøttes dette ved på forsøgsbasis at arrangere lokale 'efteruddannelsesgrupper', hvor eksempelvis psykologer og praktiserende læger mødes med henblik på at drøfte relevante faglige emner samt kommunikation og samarbejde.

Anbefalinger:

- At systematisk efteruddannelse implementeres i det tempo, det udrulles nationalt
- At der afholdes efteruddannelsesaktiviteter, som understøtter samarbejde omkring øget kommunikation med relevante samarbejdspartner

- At understøtte efteruddannelse og kompetenceløft for psykologerne ved afholdelse af relevant efteruddannelse
- At der etableres tværfaglige lokale efteruddannelsesgrupper, der mødes om relevante faglige emner samt kommunikation og samarbejde

5.6 Gruppebehandling

Gruppebehandling er i henhold til den gældende overenskomst en mulighed i psykologpraksis. I overenskomsten er rammerne for gruppebehandling nærmere defineret.

Boks 13 Overenskomsten om gruppebehandling i psykologpraksis § 3 stk. 6 og 7

- Gruppekonsultationer kan ydes til personer, som allerede er omfattet af overenskomsten, og som, inden henvisningsårsagen indtrådte, havde en relation til hinanden (lukkede grupper).
- Gruppekonsultationer kan også ydes til personer, der indgår i gruppen på tværs af henvisningskategorierne, og hvor de pågældende ikke i forvejen havde en relation til hinanden (åbne grupper).

Forskning viser, at gruppebehandling i forhold til patienter med let til moderat depression er lige så effektiv som individuel behandling¹². Selve behandlingsmetoden (fx kognitiv eller dynamisk terapi) kan forklare 2 - 15 % af behandlingens effekt. Det er derfor ikke væsentligt, om behandlingen er individuel eller i gruppe, eller hvilken metode der anvendes. Det handler derimod om at sørge for, at der ikke er frafald af patienter i forhold til behandlingen samt at have behandlingseffekten for øje.

I forhold til gruppebehandling viser det sig, at frafald oftest skyldes, at klienterne er utilfredse med formen. Så hvis man skal lave gruppeterapi, er det afgørende, at klienterne har tillid til denne form og frivilligt indgår i gruppebehandling.

Gruppebehandling kan generelt have en god kurativ effekt bl.a. fordi følelsen af isolation og fremmedgjorthed mindskes af at være sammen med andre, der også har det svært. Gennem samspillet i gruppen gives der flere alternative perspektiver på situationer og oplevelser, ligesom det giver en følelse af, at andre er i samme båd. Samtidig får gruppebehandlingens deltagere mulighed for at øve sig i at relatere sig på nye måder til andre mennesker, herunder give og modtage støtte fra andre.

I planperioden vil der blive arbejdet med at udbrede kendskabet til overenskomstens muligheder for gruppebehandling. Det kan være med til at sikre en bedre kapacitetsudnyttelse, idet flere patienter med fx angst og depression kan modtage behandling, såvel som en måde at understøtte lighed i sundhed, idet patienternes egenbetaling for et forløb bliver mindre.

Anbefalinger:

- At kendskabet til overenskomstens mulighed for gruppebehandling i psykologpraksis udbredes og understøttes

¹² <http://ebmh.bmj.com/content/4/3/82.full.pdf>

5.7. Praksiskonsulentens rolle i kvalitetsudviklingen

Psykiolog praksiskonsulenten er praktiserende psykolog i regionen ~~og har konsulenttimer i regionen.~~

Praksiskonsulenten skal bidrage til den faglige kvalitetsudvikling indenfor psykiologområdet samt styrke det tværsektorielle og det tværfaglige samarbejde i sundhedssektoren i Region Hovedstaden.

Praksiskonsulenten rådgiver regionen i spørgsmål inden for psykiologens virksomhedsområde herunder i relation til kvalitetsudvikling. Praksiskonsulenten styrker desuden kommunikationen mellem administrationen og psykiologerne og samarbejdet mellem psykiologerne og det øvrige sundhedsvæsen.

Det vil i forhold til kvalitetsudvikling være en opgave for praksiskonsulenten at medvirke til implementering af DDKM, ~~herunder at de enkelte kvalitetsstandarder følges.~~ På samme måde er det praksiskonsulentens opgave at medvirke til implementering af eventuelle monofaglige vejledninger. Opgaverne varetages bl.a. gennem informationsmøder, workshops og ved at give skriftlig information til praktiserende psykiologer i nyhedsbreve og på sundhed.dk.

Praksiskonsulenten indgår desuden i de projekter, der igangsættes under praksisplanen.

Anbefaling:

- At praksiskonsulenten fortsat bidrager til kvalitetsudvikling og efteruddannelse.

6. Bilagsfortegnelse

Bilag 1. Ordforklaring

Bilag 2. Vejledning til fordeling af kapacitet for psykologhjælp, juni 2012.

Bilag 3. Grundbeskrivelse

Bilag 4. Undersøgelse af telefonisk tilgængelighed i psykologpraksis, udarbejdet af Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, 2016.

Bilag 1. Ordforklaring

I praksisplanen og grundbeskrivelsen anvendes forskellige fagtermer og udtryk, som uddybes nærmere nedenfor:

Yderregister:	Det register, hvor den enkelte yder (her psykolog) registreres med centrale data..
Ydernummer:	Et identifikationsnummer, som tildeles hver enkelt praksis, der praktiserer efter overenskomsten. Ydernummeret anvendes primært i forbindelse med afregning.
Kapacitet:	1 psykolog med ydernummer i Region Hovedstaden udgør 1 kapacitet. Kapaciteten af psykologer i Region Hovedstaden er således summen af psykologer med ydernummer i regionen. Når en psykolog ophører, går kapaciteten og ydernummeret tilbage til regionen, som kan beslutte genopslag og geografisk placering.
Enkeltmandspraksis:	Psykologvirksomhed udøvet af enkeltperson uden fællesskab med andre psykologer om økonomi.
Kompagniskabspraksis:	Praksis, der drives af to eller flere psykologer med fællesskab om økonomi, lokaler og personale.
Anpartsselskab:	Psykologpraksis kan være organiseret som anpartsselskab, hvorved forstås at en eller flere psykologer ansættes i et anpartsselskab, der har til formål at udøve psykologvirksomhed.
Samarbejdspraksis:	Praksis, der drives i samarbejde mellem flere enkeltmands- og/eller kompagniskabspraksis.
Produktion:	Produktion anvendes som et udtryk for det samlede antal ydelser og udgifter til den behandling, som psykologer med ydernummer i Region Hovedstaden har leveret til patienter, uafhængigt af om borgeren har bopæl i Region Hovedstaden eller i anden region.
Forbrug:	Begrebet forbrug dækker over, hvad Region Hovedstadens borgere har modtaget af ydelser hos psykolog, uanset i hvilken region/kommune ydelserne er udført. Forbruget opgøres både som antal ydelser modtaget af borgere i Region Hovedstaden og som regionens udgift til behandling.
Bruttohonorar:	'Bruttohonoraret' viser regionens samlede udgift til honorering af psykologerne. I overenskomsten fastsættes den pris, som en psykologydelse/konsultation skal koste - i form af specifikke honorarer for de enkelte ydelsestyper. Regionens tilskud udgør 60 pct. af disse honorarer.

Punkt nr. 17 - Godkendelse af Praksisplan for psykologhjælp 2018-2021

Bilag 1 - Side -45 af 105

Patientens egenbetaling:	Egenbetaling til psykologhjælp udgør 40 pct., idet patientens bopælsregion yder et tilskud på 60 pct. af de i overenskomsten fastsatte honorarer pr. ydelse. Både gruppe 1- og gruppe 2-sikrede personer betaler deres egen andel (egenbetalingen) af honoraret direkte til psykologen.
Planområder:	Regionen er inddelt i fire planområder, som hver er opdelt på en række planlægningsområder. Planområderne svarer til inddelingen i hospitalsplanområder i regionen. Planlægningsområderne svarer til kommuneinddelingen og den til enhver tid gældende bydelsinddeling i Københavns Kommune. (Se figur 1 og tabel 1).
Pendlerstatistik:	Pendlerstatistikken viser, i hvilken udstrækning en kommunes patienter anvender psykologer beliggende i patientens hjemkommune. Antal patienter i pendlerstatistikken er angivet som antal forskellige patienter opgjort efter cpr.nr., også benævnt 'unikke patienter'.
Unikke patienter:	Har én patient modtaget flere ydelser i en klinik i én kommune, tælles patienten som én unik patient i denne kommune. Har patienten modtaget ydelser i tre forskellige kommuner, tælles patienten som én unik patient i hver af de tre kommuner.
MedCom standarder:	MedCom standarderne er en elektronisk kommunikationsform med faste informationstyper. Overenskomsten fastlægger, at praktiserende psykologer skal benytte denne kommunikationsform i dialogen med det øvrige sundhedsvæsen.
Praksiskonsulenter:	Praksiskonsulenter er praktiserende psykologer, som har konsulentansættelse nogle timer ugentlig i regionen. Praksiskonsulenternes opgave er blandt andet at understøtte praksisplanens indsatser omkring det sammenhængende sundhedsvæsen og kvalitetsudvikling i praksis samt bistå med implementering af overenskomstens aftaler.
Sikrede:	Borgere kan vælge mellem to sikringsgrupper.
Sikringsgruppe 1:	For at opnå tilskud til behandling skal borgere i sikringsgruppe 1 have henvisning fra egen læge til behandling hos psykolog. Regionens tilskud til psykologhjælp bliver automatisk trukket fra borgerens regning.
Sikringsgruppe 2:	Borgere i sikringsgruppe 2 skal også have lægehenvi- sning til psykolog for at få tilskud. Der gives samme tilskud som til en gruppe 1-sikret patient

Bilag 2. Vejledning til fordeling af kapacitet for psykologhjælp

Godkendt af samarbejdsudvalget ved e-mailvotering den 27. juni 2012.

Vejledningens anvendelse og baggrund

Denne vejledning skal anvendes, når kapaciteter skal fordeles geografisk, og når psykologer søger om flytning af praksis. Vejledningen giver retningslinjer for både administrativ sagsbehandling og behandlinger i samarbejdsudvalget.

Vejledningen omfatter kriterier for:

- 1. Geografisk fordeling af kapaciteter: I situationer, hvor regionen udbyder kapaciteter (herunder ledigblevne kapaciteter)
- 2. Ved ansøgning om flytning:
 - når psykologer ansøger om at flytte praksis inden for samme planområde
 - når psykologer ansøger om at flytte mellem planområder, dvs. kommune/bydel eller andet hovedområde dvs. Nord, Midt, Syd og Byen.

Geografisk fordeling af nye eller ledige kapaciteter

Disse retningslinjer beskriver situationer, hvor regionen udbyder nye kapaciteter, som følge af udvidelse af kapaciteten, og når kapaciteter er blevet ledige.

Disse sager afgøres altid af samarbejdsudvalget ud fra følgende kriterier:

1. Praksisplanens anbefaling: 'at samarbejdsudvalget udarbejder retningslinjer om geografisk fordeling af nye ydernumre, som tilstræber en ligelig fordeling af praksis i regionen samt handicapvenlige adgangsforhold.'

Det vil sige, at der tages udgangspunkt i en opgørelse af antal borgere pr. kapacitet i regionens fire hovedområder Nord, Syd, Midt og Byen, og i de enkelte planområder dvs. kommuner/bydele.

2. En helhedsvurdering, ud fra ovenstående samt følgende parametre, med henblik på at imødekomme borgernes behov for psykologhjælp bedst muligt:
 - Ventetid: Der ses på ventetidsregistreringen på sundhed.dk.
 - Aktivitet og omsætning: Tyder aktivitets/omsætningsoversigten på, at der er patientunderlag til en anden fordeling end den geografisk forudsatte
 - Borgernes forbrugsmønster fordelt på geografiske områder: Den geografiske fordeling af praksis suppleres med en iagttagelse af, i hvilket omfang borgere benytter psykolog i egen kommune/bydel i forhold til øvrige geografiske områder.

Helhedsvurderingen kan, afhængigt af udviklingen i et område i forhold til andre, i nogle situationer medføre, at der accepteres en lidt større andel af ydernumre i et hovedområde frem for andre.

3. Handicapvenlige forhold. Overenskomstens tekst herom, § 11 stk. 2 anmærkning:

”Klinikken skal indeholde et konsultationslokale, der udelukkende anvendes til praksis. Der bør være fri og ubesværet adgang til konsultationslokalet, og der bør i umiddelbar tilknytning hertil være adgang til toilet og håndvask. Ved etablering af kliniklokaler i forbindelse med tiltrædelse af overenskomsten, ved flytning af klinik samt i forbindelse med nyindretning af eksisterende kliniklokaler bør der, under hensyntagen til de økonomiske forhold i forbindelse hermed, i videst muligt omfang etableres hensigtsmæssige forhold for bevægelseshæmmede såvel med hensyn til adgangsforhold til kliniklokalene som med hensyn til indretningen af disse. Oplysninger om adgangsforholdene bør foreligge i en form, der gør det muligt for den bevægelseshæmmede at relatere dem til sine bevægelsesproblemer.”

4. I særlige tilfælde kan desuden indgå vurderinger af infrastruktur mellem to eller flere planområder og særlige strukturer i det kommunale sundhedsvæsen, som kan begrunde, at de ses i sammenhæng, når kapaciteten vurderes.

Kriterier for tilladelse til flytning af praksis

a) Kriterier for tilladelse til flytning inden for et planområde, dvs. inden for samme kommune/bydel.

Disse retningslinjer benyttes når psykologer ansøger om at flytte praksis inden for samme planområde

Følgende kriterier skal være opfyldt for, at der administrativt kan gives tilladelse til flytning inden for et planområde:

1. De lokaler, som praksis flytter til, opfylder overenskomstens krav til lokaler. (Overenskomstens § 11, stk. 2, anmærkning)
"Klinikken skal indeholde et konsultationslokale, der udelukkende anvendes til praksis. Der bør være fri og ubesværet adgang til konsultationslokalet, og der bør i umiddelbar tilknytning hertil være adgang til toilet og håndvask. Ved etablering af kliniklokaler i forbindelse med tiltrædelse af overenskomsten, ved flytning af klinik samt i forbindelse med nyindretning af eksisterende kliniklokaler bør der, under hensyntagen til de økonomiske forhold i forbindelse hermed, i videst muligt omfang etableres hensigtsmæssige forhold for bevægelseshæmmede såvel med hensyn til adgangsforhold til kliniklokalene som med hensyn til indretningen af disse. Oplysninger om adgangsforholdene bør foreligge i en form, der gør det muligt for den bevægelseshæmmede at relatere dem til sine bevægelsesproblemer."
2. Hvis psykologen er opsagt i sit lejemål, som nødvendiggør en flytning af klinikken, kan der administrativt gives en midlertidig tilladelse. Hvis ikke sagen kan afgøres endeligt på administrativt niveau, behandles sagen på førstkommende samarbejdsudvalgsmøde.
3. Hvis en flytning ikke kan godkendes administrativt, behandles sagen i samarbejdsudvalget.
4. Hvis en psykolog ønsker at flytte mellem planområderne eller mellem hovedområderne, kan psykologen søge opslåede kapaciteter på lige fod med andre psykologer. I øvrigt kan der altid søges ledige kapaciteter på lige fod med andre psykologer.
5. De konkrete afgørelser om flytning kan af den ansøgende psykolog indbringes for Landssamarbejdsudvalget.

Punkt nr. 17 - Godkendelse af Praksisplan for psykologhjælp 2018-2021

Bilag 1 - Side -49 af 105

b) Kriterier for tilladelse til flytning **mellem planområder**, dvs. mellem kommuner/bydele, samt mellem hovedområder, dvs. mellem Nord, Midt, Syd og Byen.

Disse retningslinjer benyttes, når psykologer ansøger om at flytte til et andet planområde, dvs. kommune/bydel eller andet hovedområde dvs. Nord, Midt, Syd og Byen.

Disse flyttesager afgøres altid i samarbejdsudvalget.

1. Der tages udgangspunkt i en vurdering af praksis fordeling mellem områderne: Det iagttages, hvordan flytningen forrykker balancen vedr. antal borgere pr. psykolog i de involverede områder, idet der tilstræbes en ligelig fordeling af praksis mellem områderne.
2. Der foretages ved flytninger mellem planområder og hovedområder herefter en helhedsvurdering af de fire parametre (ligelig geografisk fordeling, ventetid, aktivitet og omsætning samt borgernes forbrugsmønstre), som er beskrevet under proceduren for geografisk fordeling af kapaciteter.

Herudover inddrages:

3. En vurdering af, om de lokaler, som praksis flytter til, opfylder overenskomstens krav til lokaler. Jævnfør overenskomstens § 11, stk. 2, anmærkning:
"Klinikken skal indeholde et konsultationslokale, der udelukkende anvendes til praksis. Der bør være fri og ubesværet adgang til konsultationslokalet, og der bør i umiddelbar tilknytning hertil være adgang til toilet og håndvask. Ved etablering af kliniklokaler i forbindelse med tiltrædelse af overenskomsten, ved flytning af klinik samt i forbindelse med nyindretning af eksisterende kliniklokaler bør der, under hensyntagen til de økonomiske forhold i forbindelse hermed, i videst muligt omfang etableres hensigtsmæssige forhold for bevægelseshæmmede såvel med hensyn til adgangsforhold til kliniklokalerne som med hensyn til indretningen af disse. Oplysninger om adgangsforholdene bør foreligge i en form, der gør det muligt for den bevægelseshæmmede at relatere dem til sine bevægelsesproblemer."
4. En vurdering af, om flytningen giver anledning til at øge antallet af praksisfællesskaber (klinikfællesskaber). Praksisplan for psykologhjælp 2009-2012 anbefaler, at etablering af praksisfællesskaber understøttes.

Evaluerings

Vejledningens retningslinjer evalueres efter et års virke. Evalueringen forelægges samarbejdsudvalget.

Bilag 3 Grundbeskrivelse

Grundbeskrivelse

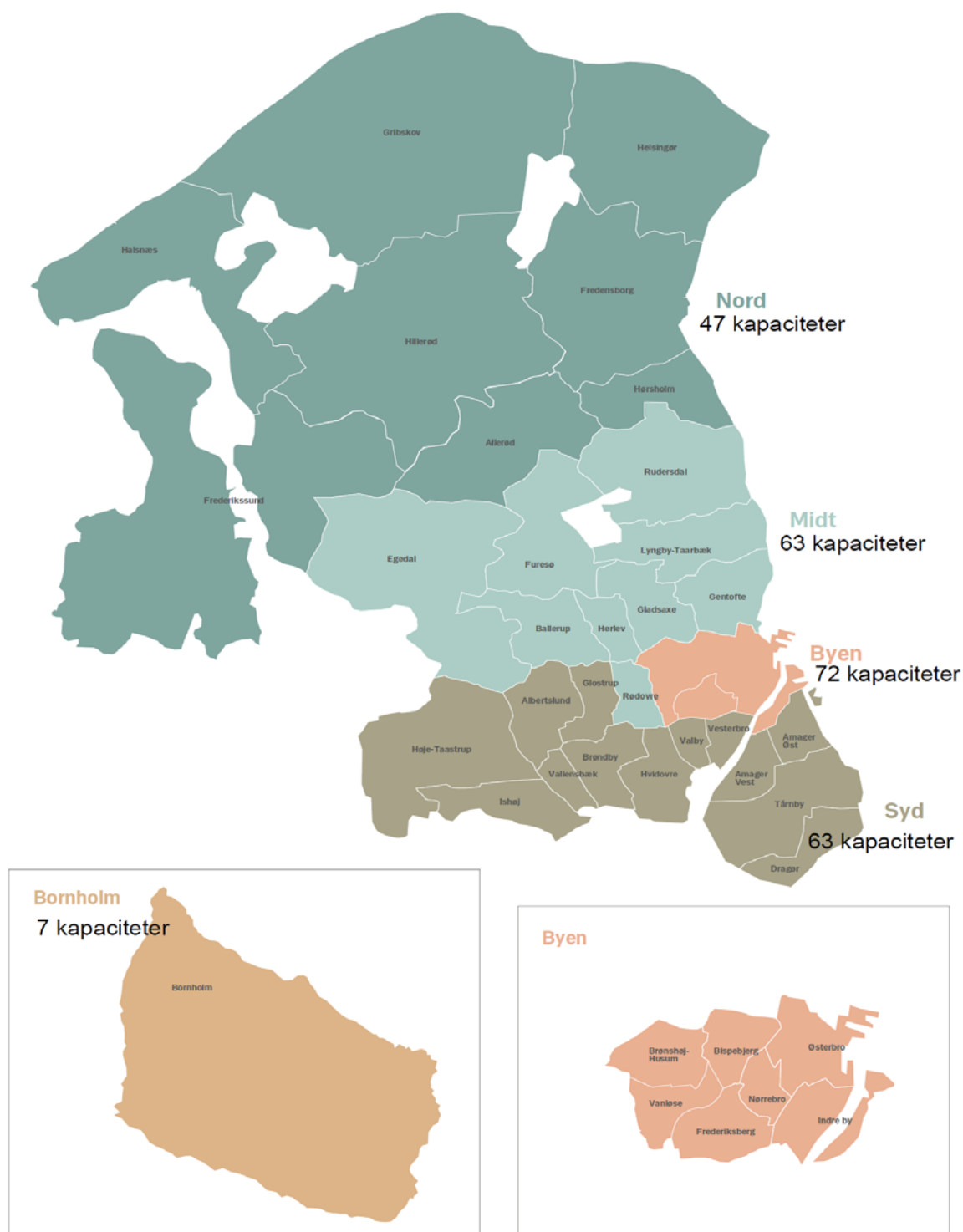
Psykologpraksis i Region Hovedstaden

Praksisplan 2018-21

Version 27.januar 2017

Region Hovedstadens geografiske inddeling

Figur 1. Oversigt over planområder og planlægningsområder i Region Hovedstaden

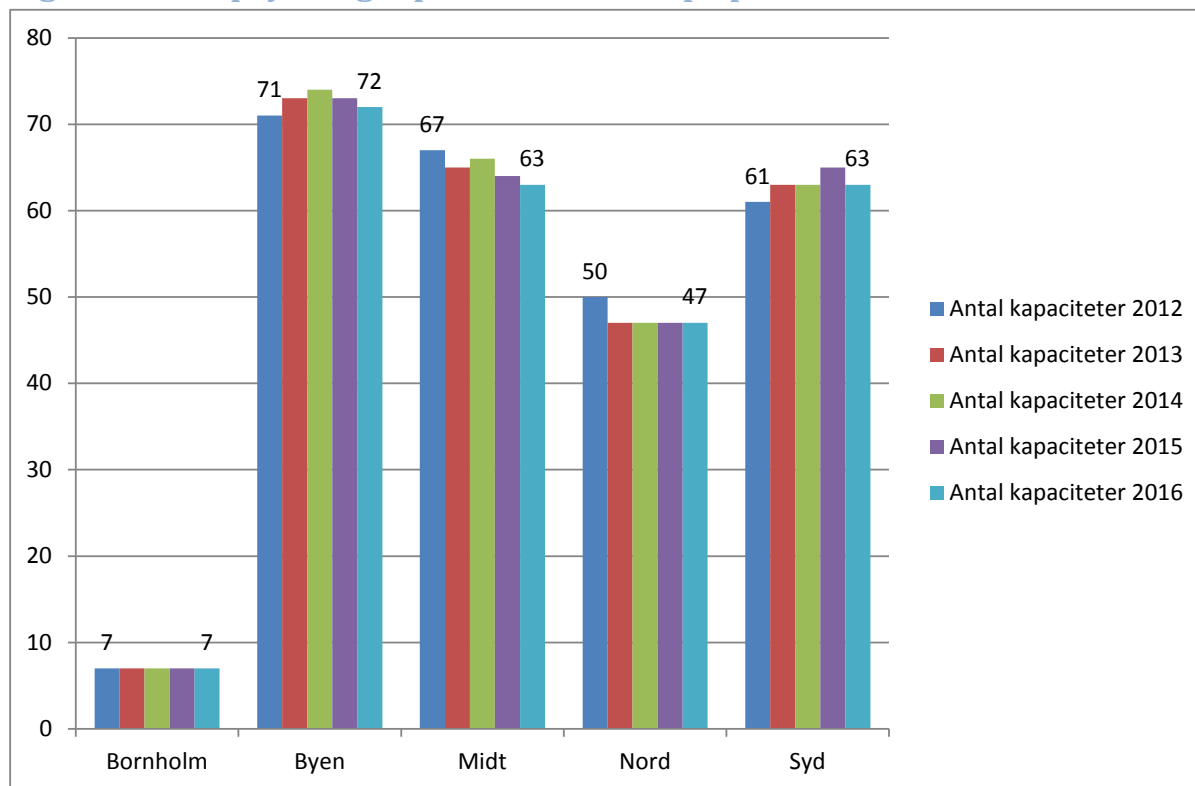


Tabel 1. Planområder og planlægningsområder i Region Hovedstaden

Planområde	Nord	Midt	Byen	Syd
Planlægningsområde	Allerød Kommune Fredensborg Kommune Frederikssund Kommune Gribskov Kommune Halsnæs Kommune Helsingør Kommune Hillerød Kommune Hørsholm Kommune	Ballerup Kommune Egedal Kommune Furesø Kommune Gentofte Kommune Gladsaxe Kommune Herlev Kommune Lyngby-Taarbæk Kommune Rudersdal Kommune Rødovre Kommune	Bispebjerg Bornholms Regionskommune Brønshøj-Husum Frederiksberg Kommune Indre by Nørrebro Vanløse Østerbro	Albertslund Kommune Amager Brøndby Kommune Dragør Kommune Glostrup Kommune Hvidovre Kommune Høje-Taastrup Kommune Ishøj Kommune Tårnby Kommune Valby Vallensbæk Kommune Vesterbro

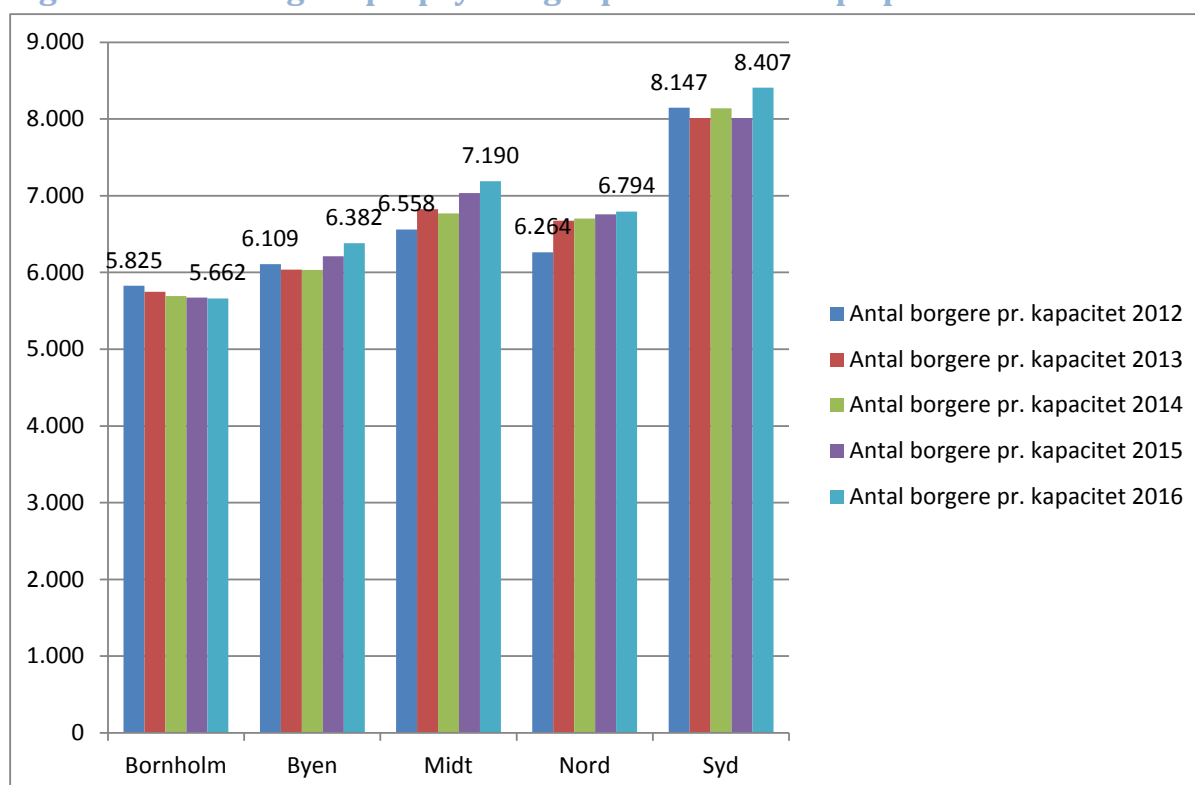
Kapaciteter og befolkningsunderlag 2012-16

Figur 2. Antal psykologkapaciteter fordelt på planområder 2012-16



Kilde: NOTUS Regional: Antal kapaciteter pr. 1/9 2012-16 (trukket den 9/6 2017)

Figur 3. Antal borgere pr. psykologkapacitet fordelt på planområder 2012-16



Kilde: Targit: Antal borgere (sikrede) pr. 1/12 2012-16 (trukket den 14/6 2017)

Kilde: NOTUS Regional: Antal kapaciteter pr. 1/9 2012-16 (trukket den 9/6 2017)

Tabel 2. Antal borgere pr. kapacitet fordelt på planlægningsområder 2012-16

Planområde/ planlægningsområde	Antal borgere pr. kapacitet 2012	Antal borgere pr. kapacitet 2013	Antal borgere pr. kapacitet 2014	Antal borgere pr. kapacitet 2015	Antal borgere pr. kapacitet 2016
Bornholm	5.825	5.748	5.694	5.674	5.662
Bornholms Regionskommune	5.825	5.748	5.694	5.674	5.662
Byen	6.102	6.031	6.028	6.204	6.375
Bispebjerg	10.303	8.767	8.961	9.108	9.220
Brønshøj-Husum	21.158	21.558	21.980	22.160	14.896
Frederiksberg Kommune	6.721	6.799	6.865	6.936	6.987
Indre by	1.625	1.707	1.680	1.786	1.976
Nørrebro	9.565	8.635	8.757	8.854	10.020
Vanløse	9.620	9.785	9.880	10.061	10.166
Østerbro	12.206	10.639	10.712	10.910	9.754
Midt	6.558	6.825	6.771	7.034	7.190
Ballerup Kommune	8.026	8.066	8.043	8.025	8.026
Egedal Kommune	10.484	10.546	10.623	10.663	8.577
Furesø Kommune	6.359	5.489	5.562	5.708	8.086
Gentofte Kommune	4.872	4.936	4.967	5.357	5.801
Gladsaxe Kommune	8.215	8.302	8.390	8.458	7.604
Herlev Kommune	6.733	6.915	7.029	7.091	7.094
Lyngby-Taarbæk Kommune	5.954	7.733	6.821	7.848	6.881
Rudersdal Kommune	6.067	6.860	6.904	6.945	7.979
Rødovre Kommune	6.205	6.251	6.279	6.312	6.401
Nord	6.264	6.675	6.702	6.757	6.794
Allerød Kommune	4.802	4.821	4.862	6.162	6.203
Fredensborg Kommune	13.124	13.161	13.220	10.002	10.082
Frederikssund Kommune	8.862	11.087	8.865	8.924	7.477
Gribskov Kommune	6.769	6.783	6.793	6.838	6.854
Halsnæs Kommune	10.248	10.192	10.232	10.326	10.363
Helsingør Kommune	5.124	5.585	5.596	5.633	5.659
Hillerød Kommune	4.019	4.411	4.895	4.948	4.996
Hørsholm Kommune	6.112	6.140	6.184	6.216	8.295
Syd	8.147	8.013	8.140	8.014	8.407
Albertslund Kommune	6.916	6.880	6.920	6.954	6.951
Amager	9.478	8.974	8.565	8.777	9.003
Brøndby Kommune	6.825	6.892	6.980	7.025	7.087
Dragør Kommune	13.875	13.943	13.987	14.104	14.241
Glostrup Kommune	10.921	7.356	11.147	7.478	7.483
Hvidovre Kommune	8.535	8.626	8.703	8.789	8.806
Høje-Taastrup Kommune	8.063	8.128	8.184	7.106	8.348
Ishøj Kommune	10.535	10.752	10.978	11.139	11.313
Tårnby Kommune	8.307	8.391	8.497	8.548	8.585
Valby	8.271	8.477	8.608	8.796	9.077
Vallensbæk Kommune	4.919	5.022	5.051	5.129	5.217
Vesterbro	6.570	6.695	6.836	6.987	8.138
Hovedtotal	6.733	6.834	6.851	6.958	7.145

Kilde: Targit: Antal borgere (sikrede) pr. 1/12 2012-16 (trukket den 14/6 2017)

Kilde: NOTUS Regional: Antal kapaciteter pr. 1/9 2012-16 (trukket den 9/6 2017)

Tabel 3. Antal borgere pr. kapacitet fordelt på planlægningsområder 2016

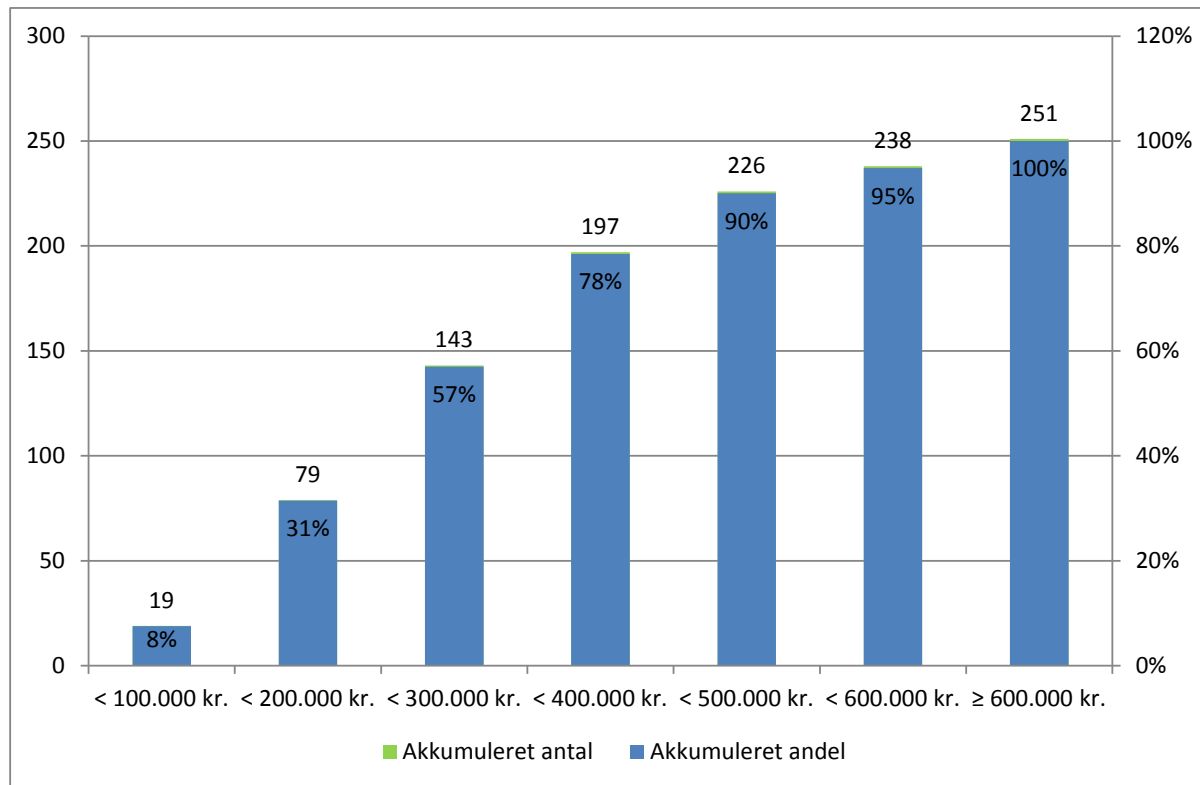
Planområde/ planlægningsområde	Antal kapaciteter 2016	Antal borgere 2016	Antal borgere pr. kapacitet 2016
Bornholm	7	39.631	5.662
Bornholms Regionskommune	7	39.631	5.662
Byen	72	458.994	6.375
Bispebjerg	6	55.319	9.220
Brønshøj-Husum	3	44.688	14.896
Frederiksberg Kommune	15	104.805	6.987
Indre by	28	55.328	1.976
Nørrebro	8	80.159	10.020
Vanløse	4	40.665	10.166
Østerbro	8	78.030	9.754
Midt	63	452.994	7.190
Ballerup Kommune	6	48.158	8.026
Egedal Kommune	5	42.885	8.577
Furesø Kommune	5	40.431	8.086
Gentofte Kommune	13	75.408	5.801
Gladsaxe Kommune	9	68.435	7.604
Herlev Kommune	4	28.374	7.094
Lyngby-Taarbæk Kommune	8	55.047	6.881
Rudersdal Kommune	7	55.850	7.979
Rødovre Kommune	6	38.406	6.401
Nord	47	319.309	6.794
Allerød Kommune	4	24.812	6.203
Fredensborg Kommune	4	40.329	10.082
Frederikssund Kommune	6	44.860	7.477
Gribskov Kommune	6	41.122	6.854
Halsnæs Kommune	3	31.090	10.363
Helsingør Kommune	11	62.250	5.659
Hillerød Kommune	10	49.962	4.996
Hørsholm Kommune	3	24.884	8.295
Syd	63	529.659	8.407
Albertslund Kommune	4	27.803	6.951
Amager	14	126.043	9.003
Brøndby Kommune	5	35.433	7.087
Dragør Kommune	1	14.241	14.241
Glostrup Kommune	3	22.449	7.483
Hvidovre Kommune	6	52.834	8.806
Høje-Taastrup Kommune	6	50.089	8.348
Ishøj Kommune	2	22.626	11.313
Tårnby Kommune	5	42.925	8.585
Valby	6	54.463	9.077
Vallensbæk Kommune	3	15.652	5.217
Vesterbro	8	65.101	8.138
Hovedtotal	252	1.800.587	7.145

Kilde: Targit: Antal borgere (sikrede) pr. 1/12 2016 (trukket den 14/6 2017)

Kilde: NOTUS Regional: Antal kapaciteter pr. 1/9 2016 (trukket den 9/6 2017)

Omsætningsintervaller 2016

Figur 4. Akkumuleret omsætning i psykologpraksis fordelt på omsætningsintervaller 2016



Kilde: Targit: Produktion (Bruttohonorar) 2016 (trukket den 14/6 2017)

Note: Figuren viser, at 95 pct. af samtlige psykologpraksis, svarende til 238 praksis, har en omsætning under 600 t.kr. Kun 5 pct., svarende til 13 praksis, har en omsætning over 600 t.kr.

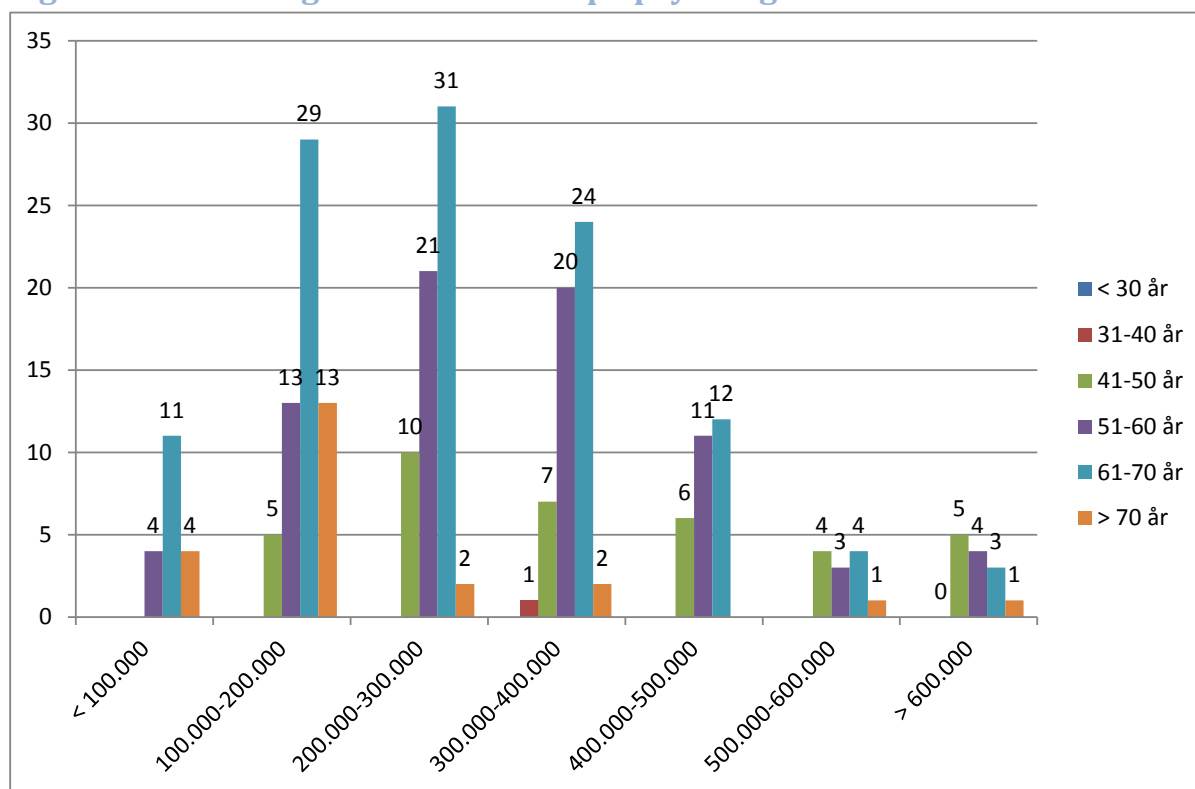
Tabel 4. Antal og andel kapaciteter fordelt på omsætningsintervaller 2016

Omsætningsinterval	Antal kapaciteter 2016								
	Bornholm	Byen	Midt	Nord	Syd	Hovedtotal	Andel	Akkumuleret antal	Akkumuleret andel
< 100.000 kr.	1	6	8	2	2	19	8%	19	8%
100.000-200.000 kr.	3	12	14	14	17	60	24%	79	31%
200.000-300.000 kr.	1	18	14	17	14	64	25%	143	57%
300.000-400.000 kr.	1	19	10	6	18	54	22%	197	78%
400.000-500.000 kr.		7	12	4	6	29	12%	226	90%
500.000-600.000 kr.		7	1	1	3	12	5%	238	95%
> 600.000 kr.		3	4	3	3	13	5%	251	100%
Hovedtotal	6	72	63	47	63	251	100%		

Kilde: Targit: Produktion (Bruttohonorar) 2016 (trukket den 14/6 2017)

Kilde: NOTUS Regional: Antal kapaciteter pr. 1/9 2016 (trukket den 9/6 2017)

Figur 5. Omsætningsinterval fordelt på psykologernes alder 2016

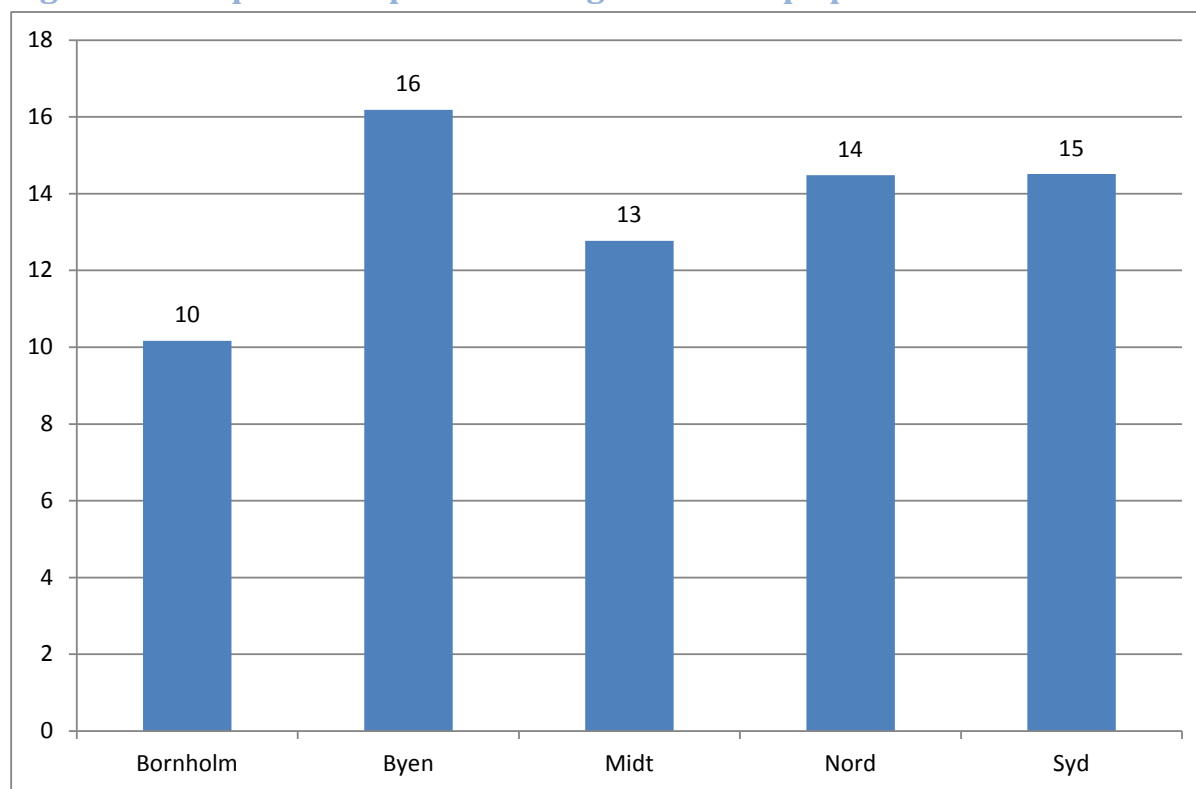


Kilde: Targit: Produktion (Bruttohonorar) 2016 (trukket den 14/6 2017)

Kilde: NOTUS Regional: Antal psykologer pr. 1/9 2016 fordelt på alder (trukket den 9/6 2017)

Forbrug i forhold til befolkningsunderlaget

Figur 6. Antal patienter pr. 1000 borgere fordelt på planområde 2016



Kilde: Targit: Antal borgere (sikrede) pr. 1/12 2016 og antal patienter 2016 (trukket den 14/6 2017)

Tabel 5. Udviklingen i antal patienter fordelt på planlægningsområde 2013-16

Planområder/ Planlægningsområder	Antal patienter 2013	Antal patienter 2014	Antal patienter 2015	Antal patienter 2016
Bornholm	439	480	482	403
Bornholms Regionskommune	439	480	482	403
Byen	7.821	7.662	7.589	7.428
Bispebjerg	907	915	891	926
Brønshøj-Husum	461	474	454	501
Frederiksberg Kommune	1.764	1.745	1.689	1.600
Indre by	937	862	878	801
Nørrebro	1.709	1.665	1.678	1.700
Vanløse	667	655	632	633
Østerbro	1.376	1.346	1.367	1.267
Midt	5.795	5.963	5.817	5.785
Ballerup Kommune	604	598	592	618
Egedal Kommune	561	657	634	591
Furesø Kommune	527	511	497	482
Gentofte Kommune	878	874	869	885
Gladsaxe Kommune	1.006	1.045	1.004	1.040
Herlev Kommune	354	428	381	389
Lyngby-Taarbæk Kommune	708	710	755	728
Rudersdal Kommune	678	604	603	581
Rødovre Kommune	479	536	482	471
Nord	4.522	4.522	4.711	4.625
Allerød Kommune	303	318	337	328
Fredensborg Kommune	484	509	524	524
Frederikssund Kommune	616	652	745	709
Gribskov Kommune	594	579	639	665
Halsnæs Kommune	442	443	391	336
Helsingør Kommune	1.090	1.042	1.082	1.047
Hillerød Kommune	726	707	715	701
Hørsholm Kommune	267	272	278	315
Syd	7.621	7.923	7.826	7.685
Albertslund Kommune	361	359	377	346
Amager	2.053	2.175	2.155	2.128
Brøndby Kommune	387	418	409	424
Dragør Kommune	151	153	149	145
Glostrup Kommune	305	329	342	340
Hvidovre Kommune	665	724	696	654
Høje-Taastrup Kommune	636	649	591	600
Ishøj Kommune	244	231	248	274
Tårnby Kommune	562	571	590	538
Valby	822	889	827	769
Vallensbæk Kommune	171	180	195	194
Vesterbro	1.264	1.245	1.247	1.273
Hovedtotal	25.468	25.895	25.804	25.333

Kilde: Targit: Forbrug (Antal patienter) 2013-16 (trukket den 14/6 2017)

Tabel 6. Udviklingen i antal patienter pr. 1.000 borgere fordelt på planlægningsområde 2013-16

Planområder/ Planlægningsområder	Antal patienter pr. 1000 borgere 2013	Antal patienter pr. 1000 borgere 2014	Antal patienter pr. 1000 borgere 2015	Antal patienter pr. 1000 borgere 2016
Bornholm	11	12	12	10
Bornholms Regionskommune	11	12	12	10
Byen	18	17	17	16
Bispebjerg	17	17	16	17
Brønshøj-Husum	11	11	10	11
Frederiksberg Kommune	17	17	16	15
Indre by	18	17	16	14
Nørrebro	22	21	21	21
Vanløse	17	17	16	16
Østerbro	18	18	18	16
Midt	13	13	13	13
Ballerup Kommune	12	12	12	13
Egedal Kommune	13	15	15	14
Furesø Kommune	14	13	12	12
Gentofte Kommune	12	12	12	12
Gladsaxe Kommune	15	16	15	15
Herlev Kommune	13	15	13	14
Lyngby-Taarbæk Kommune	13	13	14	13
Rudersdal Kommune	12	11	11	10
Rødovre Kommune	13	14	13	12
Nord	14	14	15	14
Allerød Kommune	13	13	14	13
Fredensborg Kommune	12	13	13	13
Frederikssund Kommune	14	15	17	16
Gribskov Kommune	15	14	16	16
Halsnæs Kommune	14	14	13	11
Helsingør Kommune	18	17	17	17
Hillerød Kommune	15	14	14	14
Hørsholm Kommune	11	11	11	13
Syd	15	15	15	15
Albertslund Kommune	13	13	14	12
Amager	18	18	18	17
Brøndby Kommune	11	12	12	12
Dragør Kommune	11	11	11	10
Glostrup Kommune	14	15	15	15
Hvidovre Kommune	13	14	13	12
Høje-Taastrup Kommune	13	13	12	12
Ishøj Kommune	11	11	11	12
Tårnby Kommune	13	13	14	13
Valby	16	17	16	14
Vallensbæk Kommune	11	12	13	12
Vesterbro	21	20	20	20
Hovedtotal	15	15	15	14

Kilde: Targit: Forbrug (Antal patienter) 2013-16 (trukket den 14/6 2017)

Kilde: Targit: Antal borgere (sikrede) pr. 1/12 2013-16 (trukket den 14/6 2017)

Tabel 7. Borgernes forbrug af psykologydelser 2016

Planområder/ Planlægningsområder	Antal patienter pr. 1.000 borgere 2016	Antal ydelser pr. 1.000 borgere 2016	Brutto Honorar pr. 1.000 borgere 2016	Andel patienter ift. antal borgere 2016
Bornholm	10	63	kr. 31.350	1,0%
Bornholms Regionskommune	10	63	kr. 31.350	1,0%
Byen	16	95	kr. 47.718	1,6%
Bispebjerg	17	97	kr. 48.794	1,7%
Brønshøj-Husum	11	65	kr. 32.483	1,1%
Frederiksberg Kommune	15	91	kr. 45.544	1,5%
Indre by	14	85	kr. 42.540	1,4%
Nørrebro	21	126	kr. 62.978	2,1%
Vanløse	16	88	kr. 44.120	1,6%
Østerbro	16	97	kr. 48.473	1,6%
Midt	13	73	kr. 36.488	1,3%
Ballerup Kommune	13	71	kr. 35.759	1,3%
Egedal Kommune	14	78	kr. 39.453	1,4%
Furesø Kommune	12	65	kr. 32.707	1,2%
Gentofte Kommune	12	67	kr. 33.654	1,2%
Gladsaxe Kommune	15	96	kr. 47.673	1,5%
Herlev Kommune	14	66	kr. 33.136	1,4%
Lyngby-Taarbæk Kommune	13	75	kr. 37.721	1,3%
Rudersdal Kommune	10	61	kr. 30.656	1,0%
Rødovre Kommune	12	66	kr. 32.896	1,2%
Nord	14	80	kr. 39.872	1,4%
Allerød Kommune	13	73	kr. 36.519	1,3%
Fredensborg Kommune	13	72	kr. 35.976	1,3%
Frederikssund Kommune	16	91	kr. 45.041	1,6%
Gribskov Kommune	16	90	kr. 45.166	1,6%
Halsnæs Kommune	11	59	kr. 29.428	1,1%
Helsingør Kommune	17	93	kr. 46.899	1,7%
Hillerød Kommune	14	74	kr. 37.025	1,4%
Hørsholm Kommune	13	65	kr. 32.652	1,3%
Syd	15	82	kr. 40.995	1,5%
Albertslund Kommune	12	67	kr. 33.823	1,2%
Amager	17	96	kr. 48.078	1,7%
Brøndby Kommune	12	65	kr. 32.557	1,2%
Dragør Kommune	10	61	kr. 30.951	1,0%
Glostrup Kommune	15	81	kr. 40.662	1,5%
Hvidovre Kommune	12	69	kr. 34.647	1,2%
Høje-Taastrup Kommune	12	61	kr. 30.929	1,2%
Ishøj Kommune	12	62	kr. 31.312	1,2%
Tårnby Kommune	13	75	kr. 37.819	1,3%
Valby	14	81	kr. 40.578	1,4%
Vallensbæk Kommune	12	65	kr. 32.495	1,2%
Vesterbro	20	116	kr. 57.996	2,0%
Hovedtotal	14	82	kr. 41.164	1,4%

Kilde: Targit: Antal borgere (sikrede) pr. 1/12 2016 (trukket den 14/6 2017)

Forbrug (Antal ydelser, bruttohonorar, antal patienter) 2016 (trukket den 14/6 2017)

Tabel 8. Forbrug af psykologydelser i 2016 fordelt på regioner

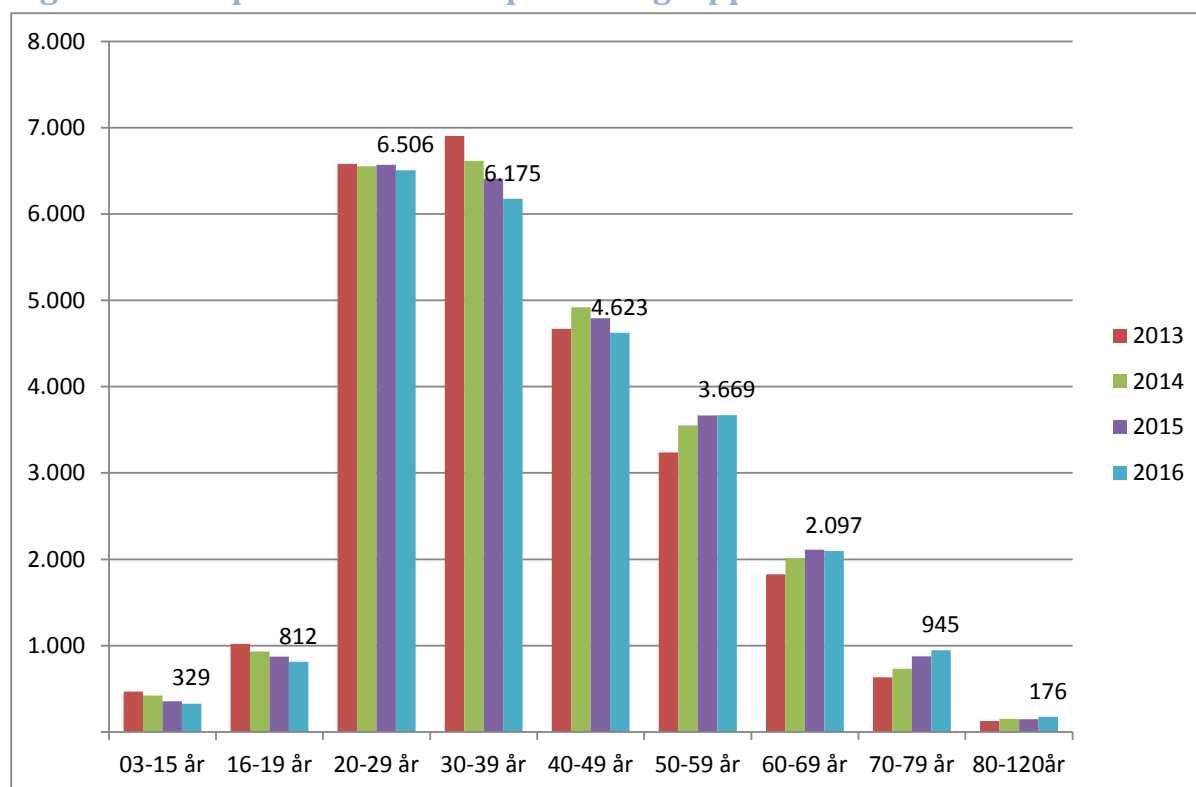
Planområder	Antal patienter pr. 1.000 borgere 2016	Antal ydelser pr. 1.000 borgere 2016	Brutto Honorar pr. 1.000 borgere 2016	Andel patienter ift. antal borgere 2016
Region Hovedstaden	14	82	kr. 41.164	1,4%
Region Midtjylland	14	81	kr. 42.202	1,4%
Region Nordjylland	16	93	kr. 46.556	1,6%
Region Sjælland	15	79	kr. 39.752	1,5%
Region Syddanmark	15	83	kr. 42.615	1,5%
Hovedtotal	15	83	kr. 42.113	1,5%

Kilde: Targit: Antal borgere (sikrede) pr. 1/12 2016 (trukket den 14/6 2017)

Forbrug (Antal ydelser, bruttohonorar, antal patienter) 2016 (trukket den 14/6 2017)

Patienternes aldersfordeling 2016

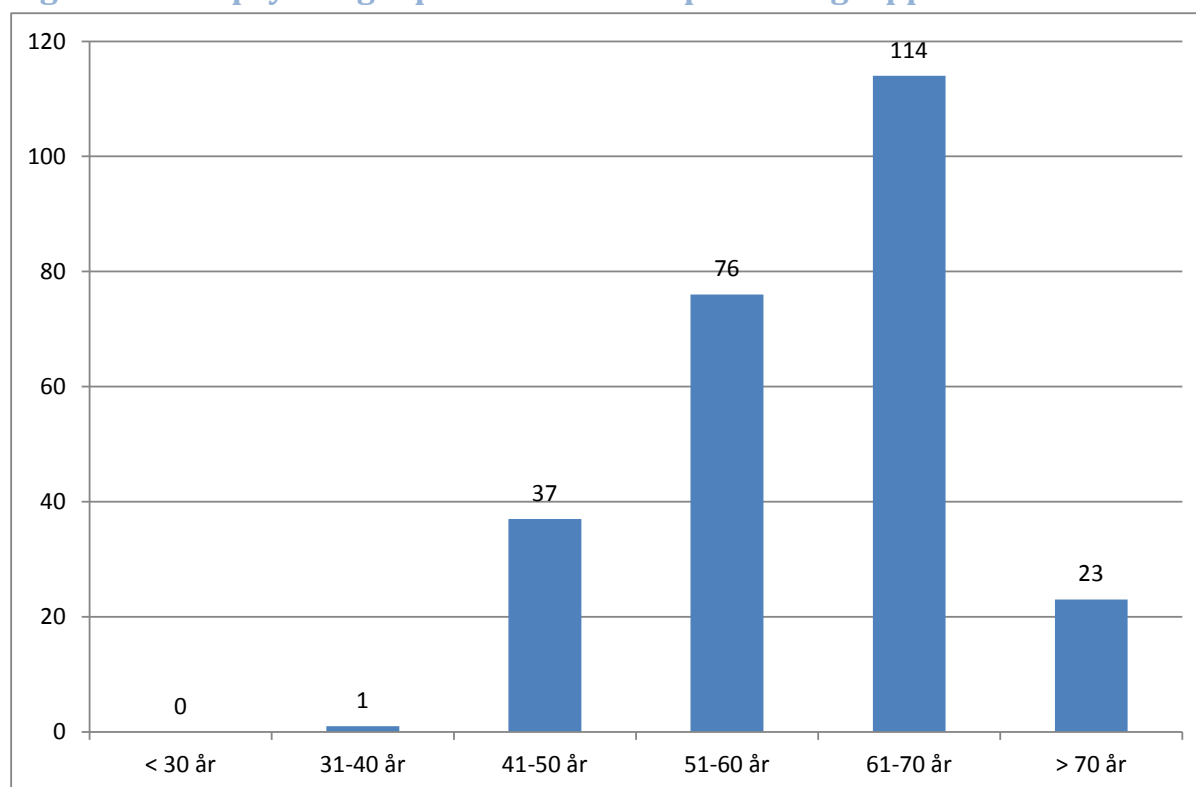
Figur 7. Antal patienter fordelt på aldersgrupper 2016



Kilde: Targit: Forbrug (Antal patienter) 2013-16 (trukket den 14/6 2017)

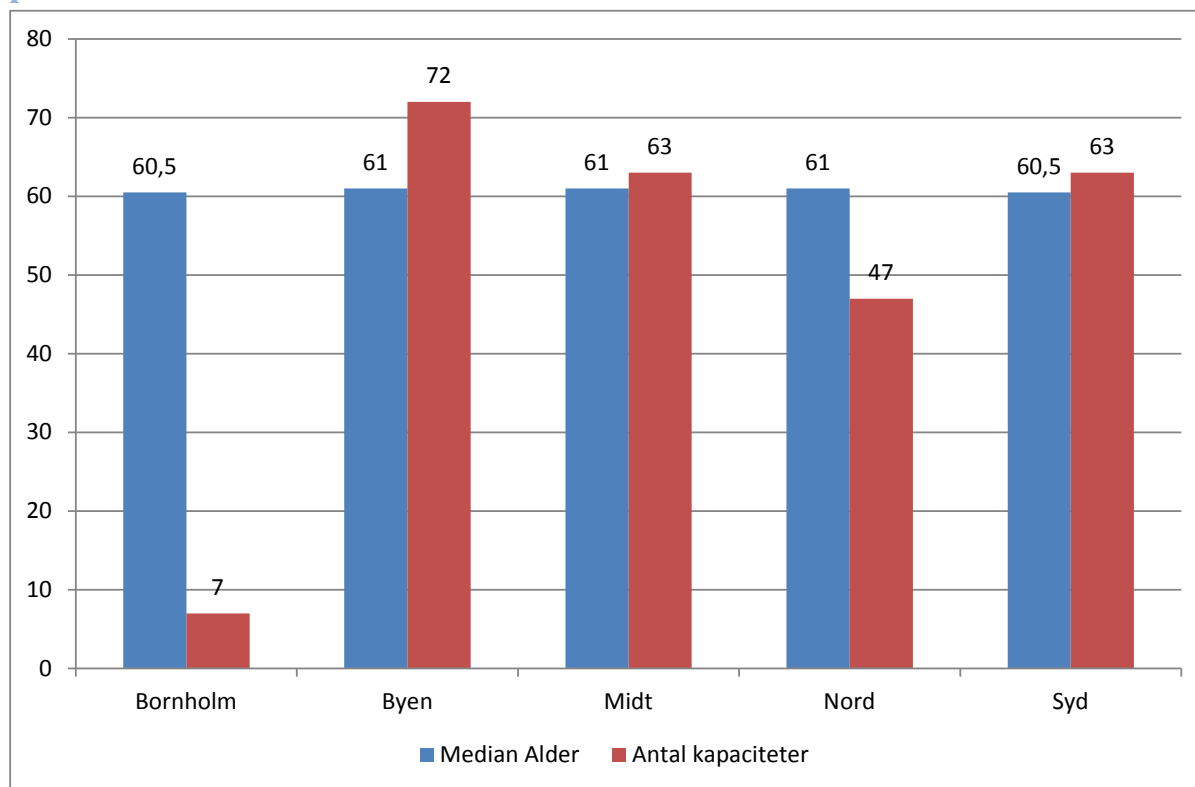
Psykologernes aldersfordeling 2016

Figur 8. Antal psykologkapaciteter fordelt på aldersgrupper 2016



Kilde: NOTUS Regional: Antal kapaciteter pr. 1/9 2016 fordelt på alder(trukket den 9/6 2017)

Figur 9. Antal psykologkapaciteter samt medianen for deres alder fordelt på planområder 2016



Kilde: NOTUS Regional: Antal kapaciteter pr. 1. september 2016 fordelt på alder(trukket den 9/6 2017)

Produktion og forbrug 2013-16

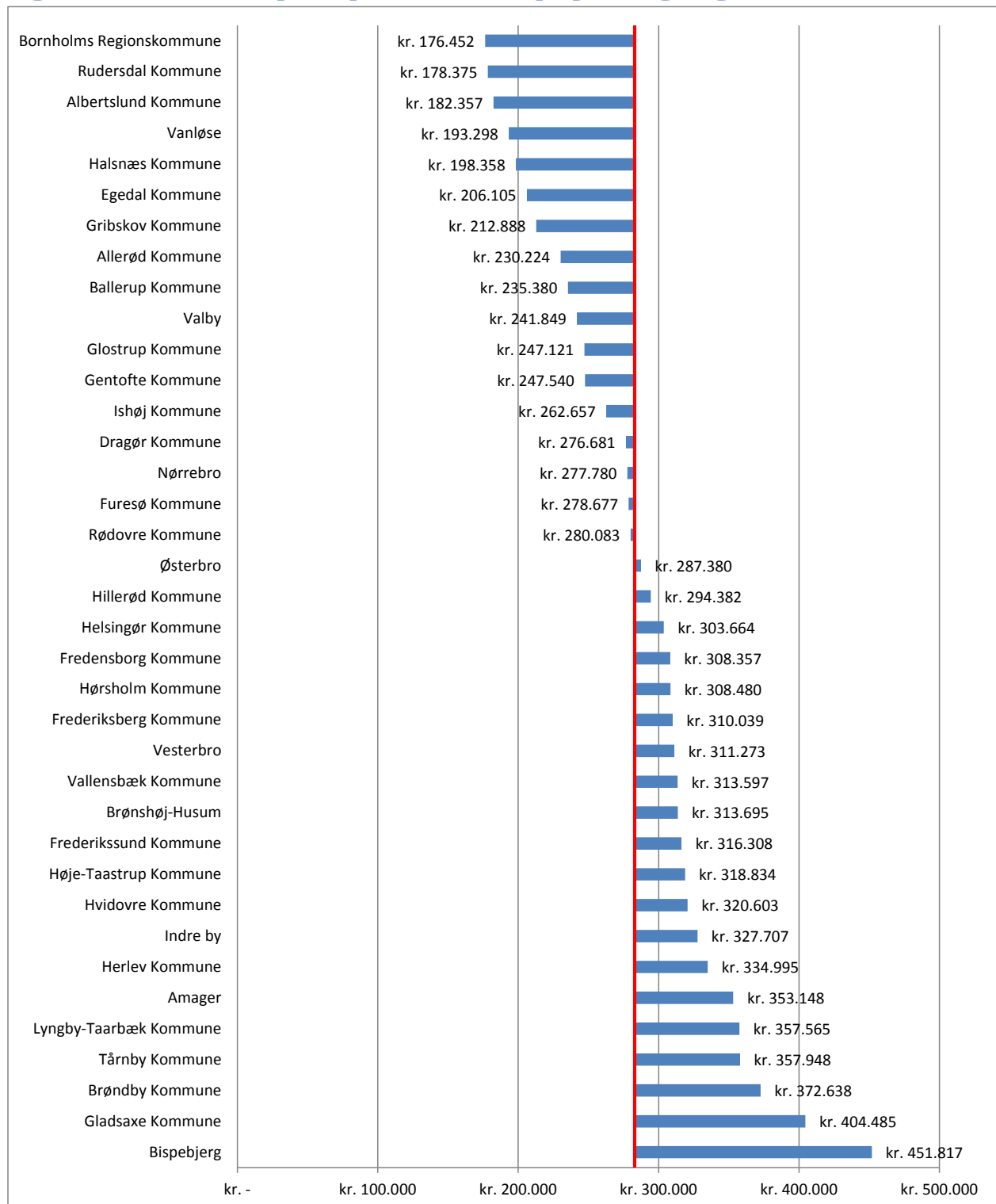
Tabel 9. Produktion pr. kapacitet fordelt på planlægningsområder 2013-16

Planområde/ planlægningsområde	Produktion pr. kapacitet 2013	Produktion pr. kapacitet 2014	Produktion pr. kapacitet 2015	Produktion pr. kapacitet 2016
Bornholm	kr. 186.969	kr. 218.807	kr. 215.688	kr. 176.452
Bornholms Regionskommune	kr. 186.969	kr. 218.807	kr. 215.688	kr. 176.452
Byen	kr. 321.761	kr. 325.250	kr. 322.472	kr. 316.289
Bispebjerg	kr. 415.776	kr. 438.374	kr. 447.912	kr. 451.817
Brønshøj-Husum	kr. 378.122	kr. 398.352	kr. 361.472	kr. 313.695
Frederiksberg Kommune	kr. 329.023	kr. 318.933	kr. 302.342	kr. 310.039
Indre by	kr. 348.184	kr. 323.910	kr. 330.679	kr. 327.707
Nørrebro	kr. 219.835	kr. 258.363	kr. 262.553	kr. 277.780
Vanløse	kr. 146.872	kr. 222.295	kr. 207.376	kr. 193.298
Østerbro	kr. 327.254	kr. 371.704	kr. 354.576	kr. 287.380
Midt	kr. 284.381	kr. 278.364	kr. 276.674	kr. 282.924
Ballerup Kommune	kr. 203.467	kr. 259.132	kr. 241.419	kr. 235.380
Egedal Kommune	kr. 208.276	kr. 211.799	kr. 213.796	kr. 206.105
Furesø Kommune	kr. 238.525	kr. 215.077	kr. 211.956	kr. 278.677
Gentofte Kommune	kr. 226.876	kr. 226.493	kr. 227.534	kr. 247.540
Gladsaxe Kommune	kr. 363.736	kr. 387.170	kr. 413.990	kr. 404.485
Herlev Kommune	kr. 375.036	kr. 344.524	kr. 334.633	kr. 334.995
Lynghby-Taarbæk Kommune	kr. 416.721	kr. 302.626	kr. 385.493	kr. 357.565
Rudersdal Kommune	kr. 250.350	kr. 233.224	kr. 183.012	kr. 178.375
Rødovre Kommune	kr. 338.026	kr. 384.142	kr. 320.213	kr. 280.083
Nord	kr. 246.158	kr. 240.943	kr. 259.546	kr. 279.450
Allerød Kommune	kr. 155.493	kr. 153.417	kr. 202.132	kr. 230.224
Fredensborg Kommune	kr. 278.704	kr. 329.402	kr. 280.705	kr. 308.357
Frederikssund Kommune	kr. 314.811	kr. 262.151	kr. 324.463	kr. 316.308
Gribskov Kommune	kr. 209.225	kr. 185.673	kr. 177.744	kr. 212.888
Halsnæs Kommune	kr. 172.311	kr. 189.853	kr. 186.599	kr. 198.358
Helsingør Kommune	kr. 264.508	kr. 294.825	kr. 293.635	kr. 303.664
Hillerød Kommune	kr. 267.026	kr. 231.040	kr. 291.379	kr. 294.382
Hørsholm Kommune	kr. 269.360	kr. 255.302	kr. 218.743	kr. 308.480
Syd	kr. 306.054	kr. 304.176	kr. 312.006	kr. 310.928
Albertslund Kommune	kr. 166.298	kr. 168.960	kr. 191.322	kr. 182.357
Amager	kr. 326.968	kr. 347.783	kr. 371.203	kr. 353.148
Brøndby Kommune	kr. 433.922	kr. 383.719	kr. 374.580	kr. 372.638
Dragør Kommune	kr. 221.181	kr. 289.543	kr. 255.758	kr. 276.681
Glostrup Kommune	kr. 166.425	kr. 336.689	kr. 165.070	kr. 247.121
Hvidovre Kommune	kr. 268.901	kr. 309.284	kr. 336.838	kr. 320.603
Høje-Taastrup Kommune	kr. 336.722	kr. 339.046	kr. 301.661	kr. 318.834
Ishøj Kommune	kr. 235.509	kr. 258.760	kr. 249.325	kr. 262.657
Tårnby Kommune	kr. 295.178	kr. 243.996	kr. 366.355	kr. 357.948
Valby	kr. 268.405	kr. 287.347	kr. 288.650	kr. 241.849
Vallensbæk Kommune	kr. 359.374	kr. 299.103	kr. 323.594	kr. 313.597
Vesterbro	kr. 356.261	kr. 276.430	kr. 280.958	kr. 311.273
Hovedtotal	kr. 290.717	kr. 289.726	kr. 293.892	kr. 295.852

Kilde: Targit: Produktion (brutto honorar) Region H 2013-16 (trukket den 14/6 2017)

Kilde: NOTUS Regional: Antal psykologkapaciteter pr. 1/9 2013-16 (trukket den 9/6 2017)

Figur 10. Produktion pr. kapacitet fordelt på planlægningsområder 2016



Kilde: Targit: Produktion (brutto honorar) Region H 2016 (trukket den 14/6 2017)

Kilde: NOTUS Regional: Antal psykologkapaciteter pr. 1/9 2016 (trukket den 9/6 2017)

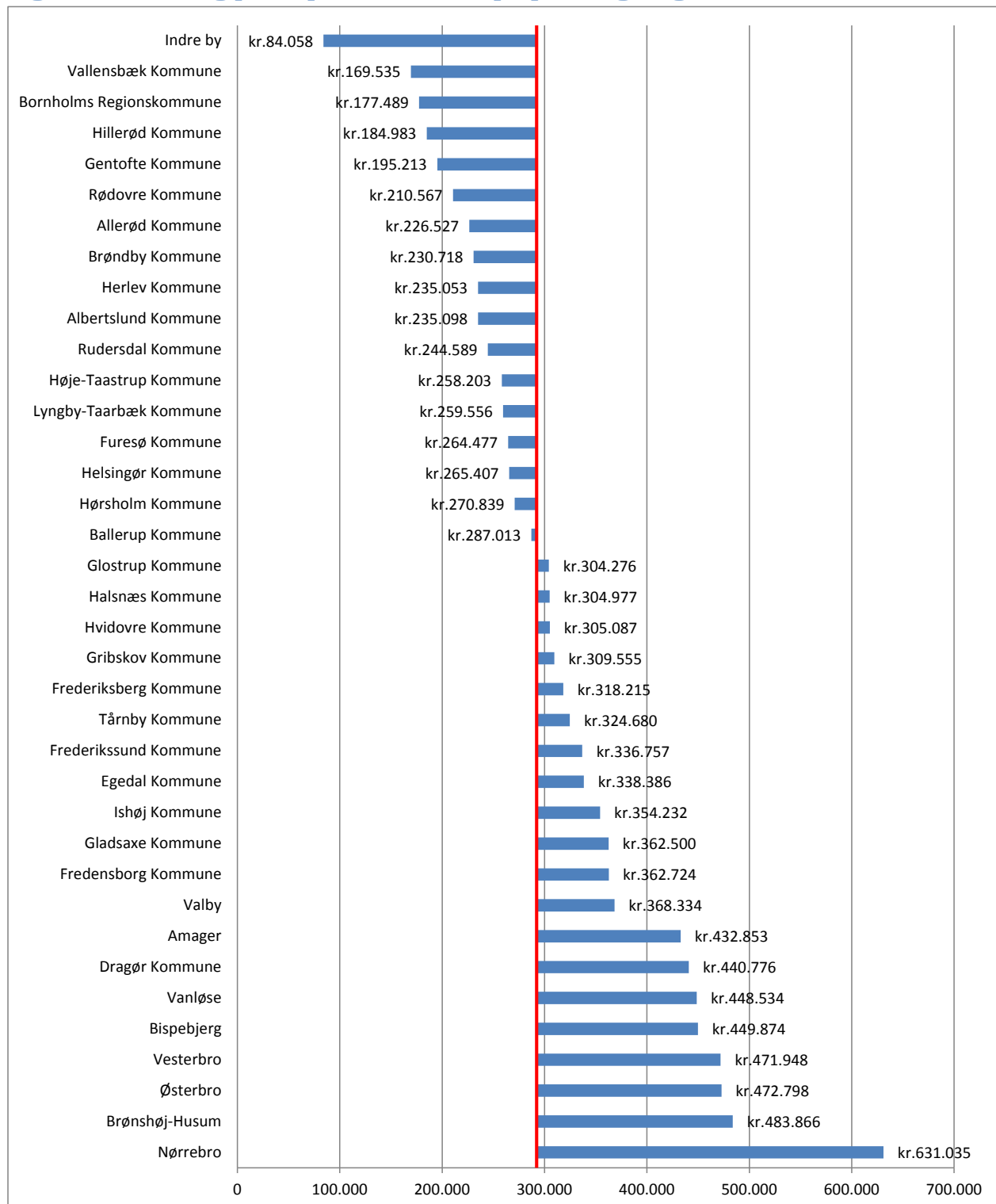
Tabel 10. Forbrug pr. kapacitet fordelt på planlægningsområder 2013-16

Planområde/ planlægningsområde	Forbrug pr. kapacitet 2013	Forbrug pr. kapacitet 2014	Forbrug pr. kapacitet 2015	Forbrug pr. kapacitet 2016
Bornholm	kr. 189.316	kr. 221.531	kr. 216.961	kr. 177.489
Bornholms Regionskommune	kr. 189.316	kr. 221.531	kr. 216.961	kr. 177.489
Byen	kr. 305.877	kr. 297.527	kr. 305.588	kr. 304.201
Bispebjerg	kr. 408.426	kr. 420.645	kr. 444.549	kr. 449.874
Brønshøj-Husum	kr. 616.323	kr. 647.788	kr. 640.265	kr. 483.866
Frederiksberg Kommune	kr. 325.484	kr. 335.701	kr. 338.079	kr. 318.215
Indre by	kr. 92.885	kr. 77.723	kr. 85.098	kr. 84.058
Nørrebro	kr. 574.065	kr. 543.964	kr. 547.684	kr. 631.035
Vanløse	kr. 473.644	kr. 456.068	kr. 443.798	kr. 448.534
Østerbro	kr. 559.406	kr. 576.091	kr. 575.945	kr. 472.798
Midt	kr. 254.345	kr. 251.021	kr. 257.217	kr. 262.363
Ballerup Kommune	kr. 260.024	kr. 260.424	kr. 262.474	kr. 287.013
Egedal Kommune	kr. 382.036	kr. 426.157	kr. 426.048	kr. 338.386
Furesø Kommune	kr. 218.947	kr. 203.793	kr. 189.578	kr. 264.477
Gentofte Kommune	kr. 162.015	kr. 168.447	kr. 186.188	kr. 195.213
Gladsaxe Kommune	kr. 395.787	kr. 384.100	kr. 378.161	kr. 362.500
Herlev Kommune	kr. 243.641	kr. 283.831	kr. 267.429	kr. 235.053
Lyngby-Taarbæk Kommune	kr. 299.567	kr. 247.386	kr. 303.695	kr. 259.556
Rudersdal Kommune	kr. 244.229	kr. 205.915	kr. 219.059	kr. 244.589
Rødovre Kommune	kr. 214.936	kr. 252.074	kr. 212.640	kr. 210.567
Nord	kr. 251.562	kr. 253.944	kr. 261.091	kr. 270.886
Allerød Kommune	kr. 152.800	kr. 173.246	kr. 197.797	kr. 226.527
Fredensborg Kommune	kr. 434.616	kr. 459.165	kr. 341.794	kr. 362.724
Frederikssund Kommune	kr. 412.495	kr. 344.516	kr. 397.643	kr. 336.757
Gribskov Kommune	kr. 273.108	kr. 245.936	kr. 272.630	kr. 309.555
Halsnæs Kommune	kr. 390.698	kr. 365.128	kr. 334.102	kr. 304.977
Helsingør Kommune	kr. 247.895	kr. 254.834	kr. 260.600	kr. 265.407
Hillerød Kommune	kr. 168.249	kr. 180.097	kr. 186.873	kr. 184.983
Hørsholm Kommune	kr. 179.321	kr. 198.483	kr. 187.819	kr. 270.839
Syd	kr. 342.182	kr. 347.323	kr. 337.995	kr. 344.656
Albertslund Kommune	kr. 256.257	kr. 254.037	kr. 263.815	kr. 235.098
Amager	kr. 464.190	kr. 445.395	kr. 438.994	kr. 432.853
Brøndby Kommune	kr. 232.903	kr. 226.744	kr. 224.337	kr. 230.718
Dragør Kommune	kr. 439.559	kr. 420.834	kr. 458.827	kr. 440.776
Glostrup Kommune	kr. 268.981	kr. 434.516	kr. 296.582	kr. 304.276
Hvidovre Kommune	kr. 302.908	kr. 311.827	kr. 323.871	kr. 305.087
Høje-Taastrup Kommune	kr. 264.909	kr. 263.324	kr. 213.901	kr. 258.203
Ishøj Kommune	kr. 309.064	kr. 303.433	kr. 300.719	kr. 354.232
Tårnby Kommune	kr. 321.521	kr. 319.750	kr. 355.395	kr. 324.680
Valby	kr. 395.268	kr. 415.535	kr. 373.286	kr. 368.334
Vallensbæk Kommune	kr. 156.204	kr. 156.478	kr. 166.687	kr. 169.535
Vesterbro	kr. 401.566	kr. 398.547	kr. 415.504	kr. 471.948
Hovedtotal	kr. 288.500	kr. 287.750	kr. 291.131	kr. 294.122

Kilde: Targit: Forbrug (brutto honorar) 2013-16 (trukket den 14/6 2017)

Note: Brutto Honorar vedr. forbrug er ekskl. "udenlandske borgere" og "uden for fordeling"

Figur 11. Forbrug pr. kapacitet fordelt på planlægningsområder 2016



Kilde: Targit: Forbrug (brutto honorar) 2016 (trukket den 14/6 2017)

Note: Brutto Honorar vedr. forbrug er ekskl. "udenlandske borgere" og "uden for fordeling"

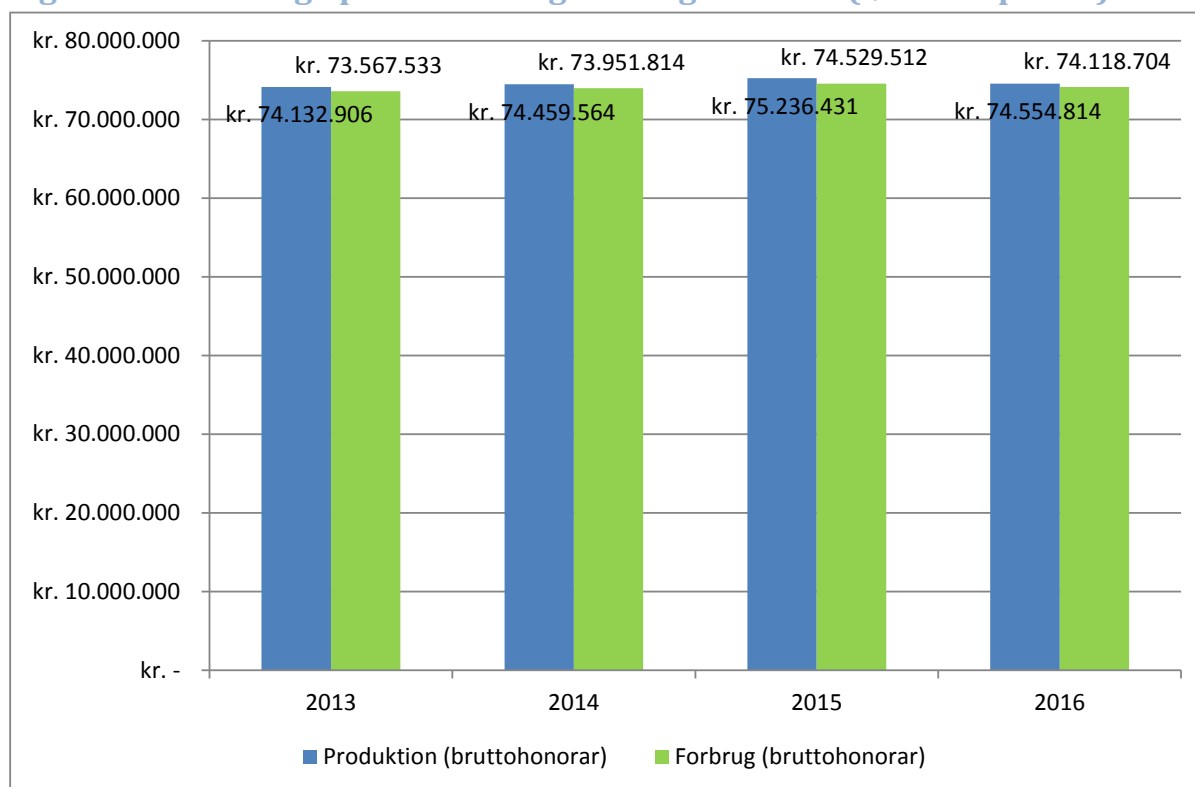
Tabel 11. Produktion versus forbrug fordelt på planlægningsområder 2016

Planområde/ planlægningsområder	Produktion (Brutto Honorar) 2016	Forbrug (Brutto Honorar) 2016	Forskel i kr.	Forskel i pct.
Bornholm	kr. 1.235.161	kr. 1.242.420	kr. 7.260	0,6%
Bornholms Regionskommune	kr. 1.235.161	kr. 1.242.420	kr. 7.260	0,6%
Byen	kr. 22.772.840	kr. 21.902.491	kr. -870.348	-4,0%
Bispebjerg	kr. 2.710.900	kr. 2.699.246	kr. -11.654	-0,4%
Brønshøj-Husum	kr. 941.086	kr. 1.451.597	kr. 510.511	35,2%
Frederiksberg Kommune	kr. 4.650.581	kr. 4.773.220	kr. 122.640	2,6%
Indre by	kr. 9.175.801	kr. 2.353.630	kr. -6.822.170	-289,9%
Nørrebro	kr. 2.222.244	kr. 5.048.281	kr. 2.826.038	56,0%
Vanløse	kr. 773.192	kr. 1.794.135	kr. 1.020.944	56,9%
Østerbro	kr. 2.299.038	kr. 3.782.381	kr. 1.483.343	39,2%
Midt	kr. 17.824.192	kr. 16.528.845	kr. -1.295.347	-7,8%
Ballerup Kommune	kr. 1.412.278	kr. 1.722.075	kr. 309.798	18,0%
Egedal Kommune	kr. 1.030.523	kr. 1.691.932	kr. 661.409	39,1%
Furesø Kommune	kr. 1.393.384	kr. 1.322.387	kr. -70.997	-5,4%
Gentofte Kommune	kr. 3.218.017	kr. 2.537.764	kr. -680.253	-26,8%
Gladsaxe Kommune	kr. 3.640.366	kr. 3.262.501	kr. -377.865	-11,6%
Herlev Kommune	kr. 1.339.981	kr. 940.213	kr. -399.768	-42,5%
Lyngby-Taarbæk Kommune	kr. 2.860.521	kr. 2.076.449	kr. -784.072	-37,8%
Rudersdal Kommune	kr. 1.248.624	kr. 1.712.121	kr. 463.496	27,1%
Rødovre Kommune	kr. 1.680.499	kr. 1.263.403	kr. -417.095	-33,0%
Nord	kr. 13.134.140	kr. 12.731.626	kr. -402.514	-3,2%
Allerød Kommune	kr. 920.895	kr. 906.107	kr. -14.789	-1,6%
Fredensborg Kommune	kr. 1.233.429	kr. 1.450.895	kr. 217.466	15,0%
Frederikssund Kommune	kr. 1.897.849	kr. 2.020.539	kr. 122.690	6,1%
Gribskov Kommune	kr. 1.277.329	kr. 1.857.333	kr. 580.004	31,2%
Halsnæs Kommune	kr. 595.075	kr. 914.930	kr. 319.855	35,0%
Helsingør Kommune	kr. 3.340.304	kr. 2.919.480	kr. -420.824	-14,4%
Hillerød Kommune	kr. 2.943.819	kr. 1.849.825	kr. -1.093.994	-59,1%
Hørsholm Kommune	kr. 925.439	kr. 812.516	kr. -112.923	-13,9%
Syd	kr. 19.588.481	kr. 21.713.321	kr. 2.124.839	9,8%
Albertslund Kommune	kr. 729.429	kr. 940.392	kr. 210.964	22,4%
Amager	kr. 4.944.074	kr. 6.059.940	kr. 1.115.866	18,4%
Brøndby Kommune	kr. 1.863.189	kr. 1.153.588	kr. -709.602	-61,5%
Dragør Kommune	kr. 276.681	kr. 440.776	kr. 164.094	37,2%
Glostrup Kommune	kr. 741.364	kr. 912.827	kr. 171.463	18,8%
Hvidovre Kommune	kr. 1.923.617	kr. 1.830.522	kr. -93.095	-5,1%
Høje-Taastrup Kommune	kr. 1.913.004	kr. 1.549.216	kr. -363.789	-23,5%
Ishøj Kommune	kr. 525.313	kr. 708.463	kr. 183.150	25,9%
Tårnby Kommune	kr. 1.789.742	kr. 1.623.402	kr. -166.341	-10,2%
Valby	kr. 1.451.095	kr. 2.210.003	kr. 758.908	34,3%
Vallensbæk Kommune	kr. 940.791	kr. 508.606	kr. -432.185	-85,0%
Vesterbro	kr. 2.490.181	kr. 3.775.586	kr. 1.285.405	34,0%
Hovedtotal	kr. 74.554.814	kr. 74.118.704	kr. -436.110	-0,6%

Kilde: Targit: Produktion (brutto honorar) Region H og forbrug (brutto honorar) 2016 (trukket den 14/6 2017)

Note: Brutto Honorar vedr. forbrug er ekskl. "udenlandske borgere" og "uden for fordeling"

Figur 12. Udvikling i produktion og forbrug 2013-16 (løbende priser)



Kilde: Targit: Produktion (brutto honorar) Region H og forbrug (brutto honorar) 2013-16 (trukket den 14/6 2017)

Note: Brutto Honorar vedr. forbrug er ekskl. "udenlandske borgere" og "uden for fordeling"

Punkt nr. 17 - Godkendelse af Praksisplan for psykologhjælp 2018-2021

Bilag 1 - Side -73 af 105

Produktion fordelt på henvisningsgrupper

Tabel 12. Antal ydelser fordelt på henvisningsgrupper opdelt på planområder 2016

Henvisningsgrupper	Planområde					Hovedtotal
	Bornholm	Byen	Midt	Nord	Syd	
1 - Røveri-, volds- og voldtægts ofre	105	2.020	1.756	959	1.956	6.796
2 - Trafik- og ulykkes ofre	42	597	640	344	752	2.375
3 - Pårørende til alvorligt psykisk syge personer	133	3.827	2.940	2.165	2.875	11.940
4 - Personer ramt af en alvorligt invaliderende sygdom	251	4.314	3.801	3.359	3.936	15.661
5 - Pårørende til personer, der er ramt af en alvorligt invaliderende sygdom	248	4.335	3.377	2.475	3.432	13.867
6 - Pårørende ved dødsfald	231	5.086	3.718	2.839	4.434	16.308
7 - Personer, der har forsøgt selvmord	10	190	184	113	134	631
8 - Kvinder, der får foretaget provokeret abort efter 12. graviditetsuge. Psykologhjælp kan ydes forud for abortindgrebet, når anmodning om tilladelse til indgrebet er fremsendt til abortsamrådet		251	53	41	119	464
9 - Personer, der inden det fyldte 18. år, har været ofre for incest eller andre seksuelle overgreb	91	562	281	406	516	1.856
10 - Personer med let til moderat depression, der er fyldt 18 år	1.129	16.197	14.179	10.630	15.260	57.395
11 - Personer, der lider af let til moderat angst, herunder let til moderat OCD, og er mellem 18 og 38 år	241	8.248	4.708	2.912	5.628	21.737
Hovedtotal	2.481	45.627	35.637	26.243	39.042	149.030

Kilde: Targit: Produktion (Antal ydelser fordelt på henvisningsgrupper) 2016 (trukket den 14/6 2017)

Punkt nr. 17 - Godkendelse af Praksisplan for psykologhjælp 2018-2021
Bilag 1 - Side -74 af 105

Tabel 13. Andelen af ydelser fordelt på henvisningsgrupper opdelt på planområder 2016

Henvisningsgrupper	Planområde					Hovedtotal
	Bornholm	Byen	Midt	Nord	Syd	
1 - Røveri-, volds- og voldtægts ofre	4%	4%	5%	4%	5%	5%
2 - Trafik- og ulykkes ofre	2%	1%	2%	1%	2%	2%
3 - Pårørende til alvorligt psykisk syge personer	5%	8%	8%	8%	7%	8%
4 - Personer ramt af en alvorligt invaliderende sygdom	10%	9%	11%	13%	10%	11%
5 - Pårørende til personer, der er ramt af en alvorligt invaliderende sygdom	10%	10%	9%	9%	9%	9%
6 - Pårørende ved dødsfald	9%	11%	10%	11%	11%	11%
7 - Personer, der har forsøgt selvmord	0,4%	0,4%	0,5%	0,4%	0,3%	0,4%
8 - Kvinder, der får foretaget provokeret abort efter 12. graviditetsuge. Psykologhjælp kan ydes forud for abortindgrebet, når anmodning om tilladelse til indgrebet er fremsendt til abortsamrådet	0%	0,6%	0,1%	0,2%	0,3%	0,3%
9 - Personer, der inden det fyldte 18. år, har været ofre for incest eller andre seksuelle overgreb	4%	1%	1%	2%	1%	1%
10 - Personer med let til moderat depression, der er fyldt 18 år	46%	35%	40%	41%	39%	39%
11 - Personer, der lider af let til moderat angst, herunder let til moderat OCD, og er mellem 18 og 38 år	10%	18%	13%	11%	14%	15%
Hovedtotal	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Kilde: Targit: Produktion (Andelen af ydelser fordelt på henvisningsgrupper) 2016 (trukket den 14/6 2017)

Punkt nr. 17 - Godkendelse af Praksisplan for psykologhjælp 2018-2021

Bilag 1 - Side -75 af 105

Tabel 14. Andel ydelser fordelt på henvisningsgrupper opdelt på planområde og planlægningsområder 2016

Planområde/ Planlægningsområde	Henvisningsgrupper											
	1 - Røveri-, volds- og voldtægts ofre	2 - Trafik- og ulykkes ofre	3 - Pårørende til alvorligt psykisk syge personer	4 - Personer ramt af en alvorligt invaliderende sygdom	5 - Pårørende til personer, der er ramt af en alvorligt invaliderende sygdom	6 - Pårørende ved dødsfald	7 - Personer, der har forsøgt selvmord	8 - Kvinder, der får foretaget provokeret abort efter 12. graviditetsuge. Psykologhjælp kan ydes forud for abortindgrebet, når anmodning om tilladelse til indgrebet er fremsendt til abortsamrådet	9 - Personer, der inden det fyldte 18. år, har været ofre for incest eller andre seksuelle overgreb	10 - Personer med let til moderat depression, der er fyldt 18 år	11 - Personer, der lider af let til moderat angst, herunder let til moderat OCD, og er mellem 18 og 38 år	Hovedtotal
Bornholm	2%	2%	1%	2%	2%	1%	2%	0%	5%	2%	1%	2%
Bornholms Regionskommune	2%	2%	1%	2%	2%	1%	2%	0%	5%	2%	1%	2%
Byen	30%	25%	32%	28%	31%	31%	30%	54%	30%	28%	38%	31%
Bispebjerg	5%	4%	4%	4%	4%	4%	2%	6%	1%	3%	4%	4%
Brønshøj-Husum	1%	1%	1%	1%	1%	1%	2%	0%	1%	1%	2%	1%
Frederiksberg Kommune	5%	3%	6%	5%	7%	8%	7%	28%	5%	6%	8%	6%
Indre by	13%	12%	14%	12%	11%	11%	10%	10%	12%	11%	16%	12%
Nørrebro	3%	3%	2%	2%	3%	3%	5%	6%	4%	3%	4%	3%
Vanløse	0%	2%	1%	1%	1%	1%	0%	1%	0%	1%	2%	1%
Østerbro	3%	1%	5%	4%	4%	4%	4%	2%	7%	2%	3%	3%
Midt	26%	27%	25%	24%	24%	23%	29%	11%	15%	25%	22%	24%
Ballerup Kommune	1%	1%	1%	3%	3%	2%	2%	0%	1%	2%	1%	2%
Egedal Kommune	1%	2%	1%	1%	1%	1%	2%	0%	1%	2%	1%	1%
Furesø Kommune	1%	2%	2%	1%	2%	2%	4%	1%	1%	2%	1%	2%
Gentofte Kommune	8%	4%	5%	4%	4%	4%	8%	4%	3%	4%	4%	4%
Gladsaxe Kommune	4%	8%	5%	4%	4%	6%	5%	2%	3%	5%	5%	5%
Herlev Kommune	1%	3%	2%	2%	2%	2%	2%	0%	1%	2%	2%	2%
Lyngby-Taarbæk Kommune	6%	5%	4%	4%	3%	4%	3%	4%	3%	4%	3%	4%
Rudersdal Kommune	1%	1%	1%	2%	1%	1%	1%	0%	0%	2%	2%	2%
Rødovre Kommune	2%	1%	3%	3%	2%	2%	2%	0%	0%	2%	2%	2%
Nord	14%	14%	18%	21%	18%	17%	18%	9%	22%	19%	13%	18%
Allerød Kommune	1%	1%	1%	2%	1%	1%	1%	2%	1%	1%	1%	1%
Fredensborg Kommune	1%	1%	2%	2%	1%	2%	1%	0%	2%	2%	1%	2%
Frederikssund Kommune	3%	1%	3%	3%	2%	3%	3%	3%	4%	3%	1%	3%
Gribskov Kommune	1%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	0%	1%	2%	1%	2%
Halsnæs Kommune	1%	1%	1%	1%	1%	1%	2%	0%	0%	1%	1%	1%
Helsingør Kommune	3%	4%	4%	5%	4%	4%	1%	1%	5%	5%	3%	4%
Hillerød Kommune	4%	4%	5%	4%	5%	4%	8%	3%	8%	3%	3%	4%
Hørsholm Kommune	1%	0%	1%	2%	2%	2%	1%	0%	1%	1%	1%	1%
Syd	29%	32%	24%	25%	25%	27%	21%	26%	28%	27%	26%	26%
Albertslund Kommune	0%	1%	0%	1%	1%	1%	3%	0%	1%	1%	1%	1%
Amager	8%	9%	7%	6%	8%	7%	7%	9%	8%	6%	7%	7%
Brøndby Kommune	3%	4%	2%	2%	2%	2%	4%	1%	1%	3%	2%	3%
Dragør Kommune	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%
Glostrup Kommune	1%	1%	1%	1%	1%	1%	0%	0%	0%	1%	1%	1%
Hvidovre Kommune	2%	2%	3%	3%	2%	3%	2%	1%	1%	3%	2%	3%
Høje-Taastrup Kommune	3%	2%	2%	3%	3%	3%	2%	1%	2%	3%	2%	3%
Ishøj Kommune	1%	1%	1%	0%	0%	1%	1%	0%	2%	1%	1%	1%
Tårnby Kommune	3%	4%	3%	3%	3%	3%	1%	2%	3%	2%	2%	2%
Valby	1%	1%	2%	1%	2%	1%	0%	2%	3%	2%	3%	2%
Vallensbæk Kommune	2%	0%	1%	2%	1%	1%	0%	0%	2%	1%	1%	1%
Vesterbro	5%	6%	3%	3%	3%	4%	0%	8%	4%	3%	3%	3%
Hovedtotal	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Kilde: Targit: Produktion (Antal ydelser fordelt på henvisningsgrupper) 2016 (trukket den 14/6 2017)

Punkt nr. 17 - Godkendelse af Praksisplan for psykologhjælp 2018-2021
Bilag 1 - Side -76 af 105

Tabel 15. Udvikling i antal ydelser fordelt på henvisningsgrupper 2013-16

Henvisningsgrupper	Antal ydelser 2013	Antal ydelser 2014	Antal ydelser 2015	Antal ydelser 2016
1 - Røveri-, volds- og voldtægts ofre	7.118	7.037	6.988	6.796
2 - Trafik- og ulykkes ofre	2.417	2.269	2.287	2.375
3 - Pårørende til alvorligt psykisk syge personer	11.038	12.152	11.530	11.940
4 - Personer ramt af en alvorligt invaliderende sygdom	15.530	15.363	15.088	15.661
5 - Pårørende til personer, der er ramt af en alvorligt invaliderende sygdom	13.353	13.894	14.396	13.867
6 - Pårørende ved dødsfald	17.790	15.823	16.073	16.308
7 - Personer, der har forsøgt selvmord	968	732	791	631
8 - Kvinder, der får foretaget provokeret abort efter 12. graviditetsuge. Psykologhjælp kan ydes forud for abortindgrebet, når anmodning om tilladelse til indgrebet er fremsendt til abortsamarbejdet	552	460	442	464
9 - Personer, der inden det fyldte 18. år, har været ofre for incest eller andre seksuelle overgreb	2.133	1.917	1.875	1.856
10 - Personer med let til moderat depression, der er fyldt 18 år	62.238	60.656	60.411	57.395
11 - Personer, der lider af let til moderat angst, herunder let til moderat OCD, og er mellem 18 og 38 år	17.690	20.300	21.571	21.737
Hovedtotal	150.827	150.603	151.452	149.030

Kilde: Targit: Produktion (Antal ydelser fordelt på henvisningsgrupper) 2013-16 (trukket den 14/6 2017)

Tabel 16. Udvikling i andelen af ydelser fordelt på henvisningsgrupper 2013-16

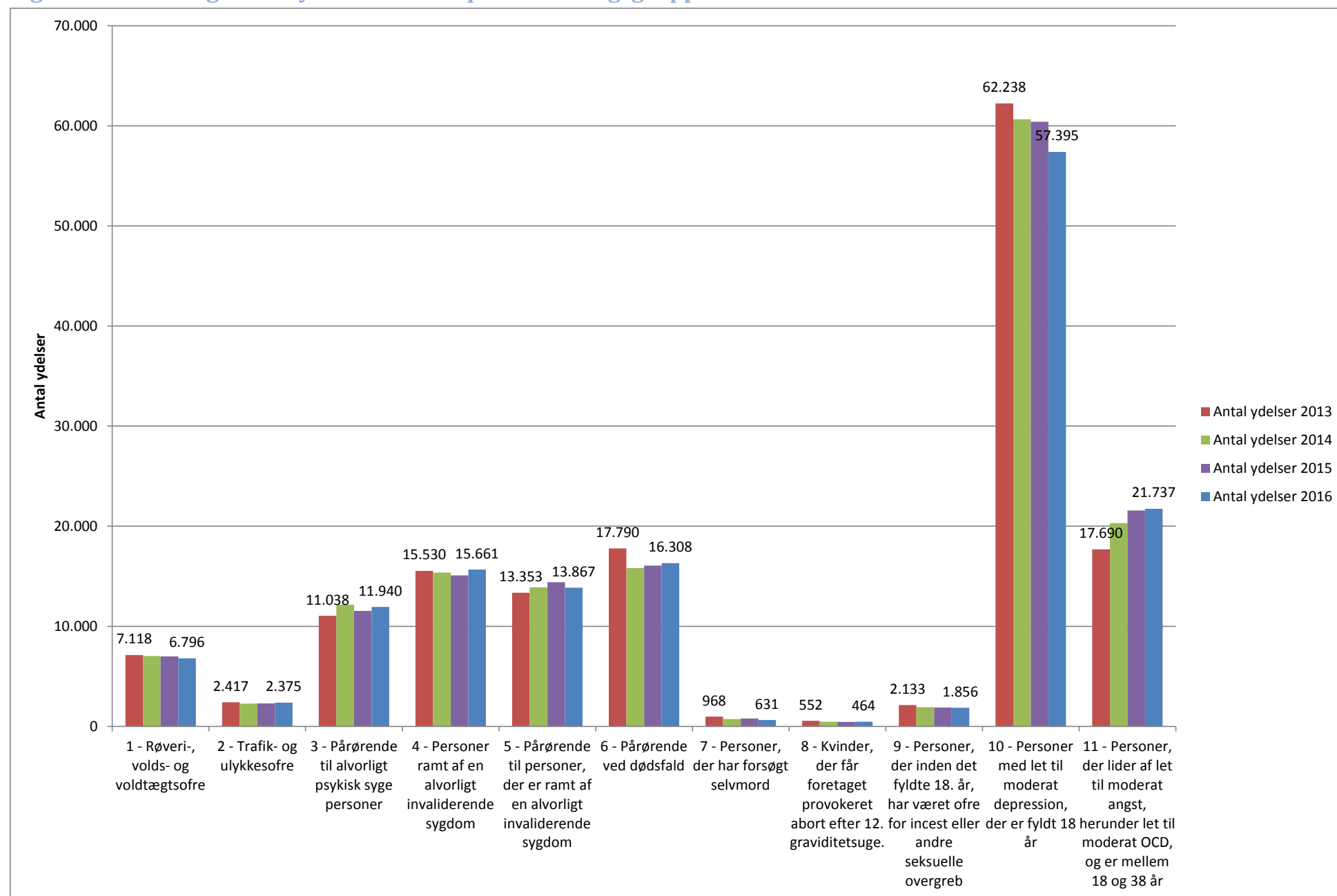
Henvisningsgrupper	Andel ydelser 2013	Andel ydelser 2014	Andel ydelser 2015	Andel ydelser 2016
1 - Røveri-, volds- og voldtægts ofre	5%	5%	5%	5%
2 - Trafik- og ulykkes ofre	2%	2%	2%	2%
3 - Pårørende til alvorligt psykisk syge personer	7%	8%	8%	8%
4 - Personer ramt af en alvorligt invaliderende sygdom	10%	10%	10%	11%
5 - Pårørende til personer, der er ramt af en alvorligt invaliderende sygdom	9%	9%	10%	9%
6 - Pårørende ved dødsfald	12%	11%	11%	11%
7 - Personer, der har forsøgt selvmord	0,6%	0,5%	0,5%	0%
8 - Kvinder, der får foretaget provokeret abort efter 12. graviditetsuge. Psykologhjælp kan ydes forud for abortindgrebet, når anmodning om tilladelse til indgrebet er fremsendt til abortsamarbejdet	0,4%	0,3%	0,3%	0%
9 - Personer, der inden det fyldte 18. år, har været ofre for incest eller andre seksuelle overgreb	1%	1%	1%	1%
10 - Personer med let til moderat depression, der er fyldt 18 år	41%	40%	40%	39%
11 - Personer, der lider af let til moderat angst, herunder let til moderat OCD, og er mellem 18 og 38 år	12%	13%	14%	15%
Hovedtotal	100%	100%	100%	100%

Kilde: Targit: Produktion (Andelen af ydelser fordelt på henvisningsgrupper) 2013-16 (trukket den 14/6 2017)

Punkt nr. 17 - Godkendelse af Praksisplan for psykologhjælp 2018-2021

Bilag 1 - Side -77 af 105

Figur 13. Udvikling i antal ydelser fordelt på henvisningsgrupper 2013-16

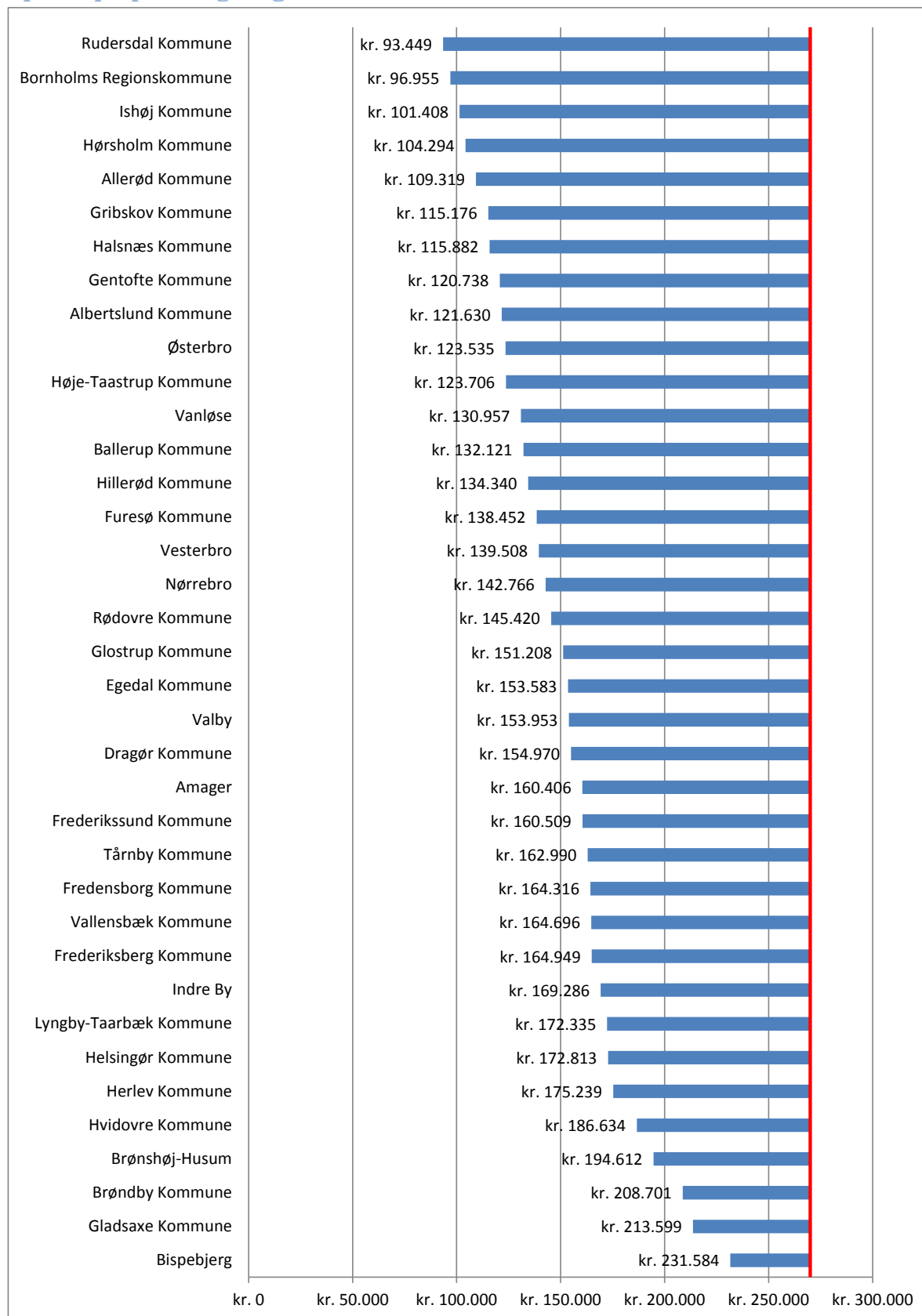


Kilde: Targit: Produktion (Antal ydelser fordelt på henvisningsgrupper) 2013-16 (trukket den 14/6 2017)

Punkt nr. 17 - Godkendelse af Praksisplan for psykologhjælp 2018-2021

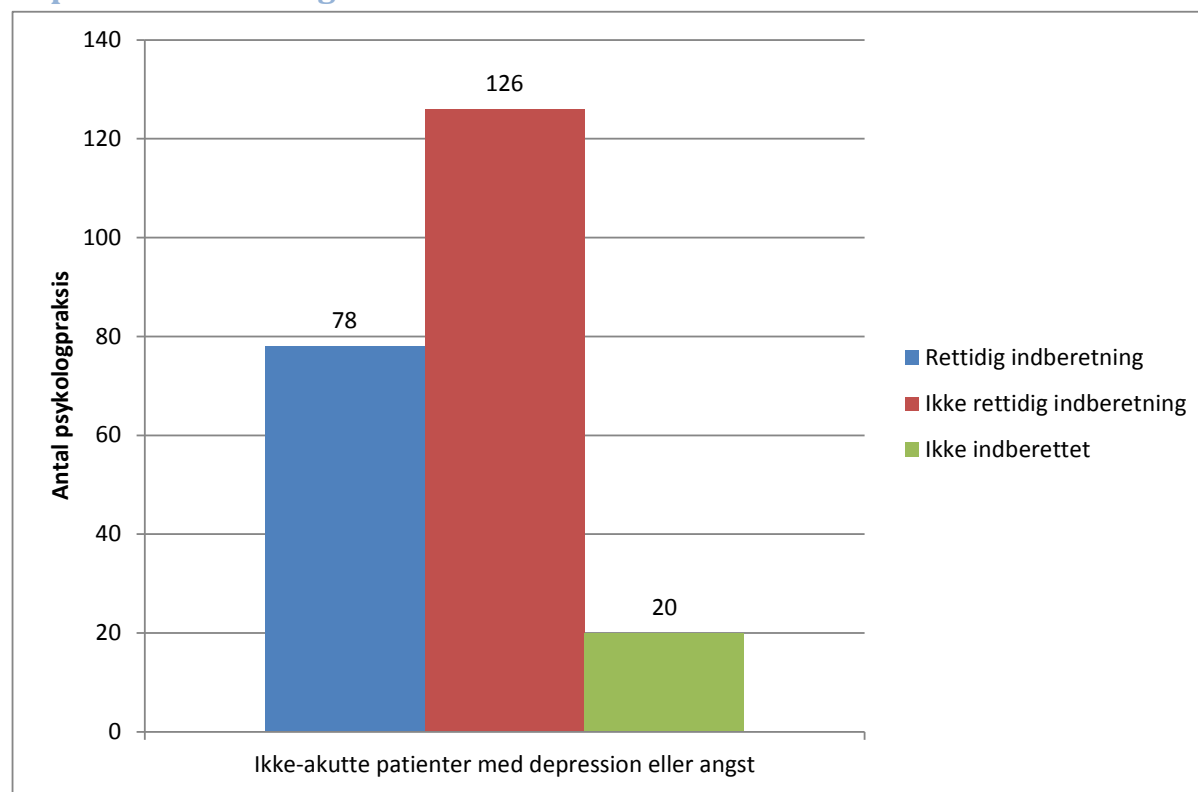
Bilag 1 - Side -78 af 105

Figur 14. Gns. omsætning samt difference ift. omsætningsloftet vedr. depression og angst opdelt på planlægningsområder 2016



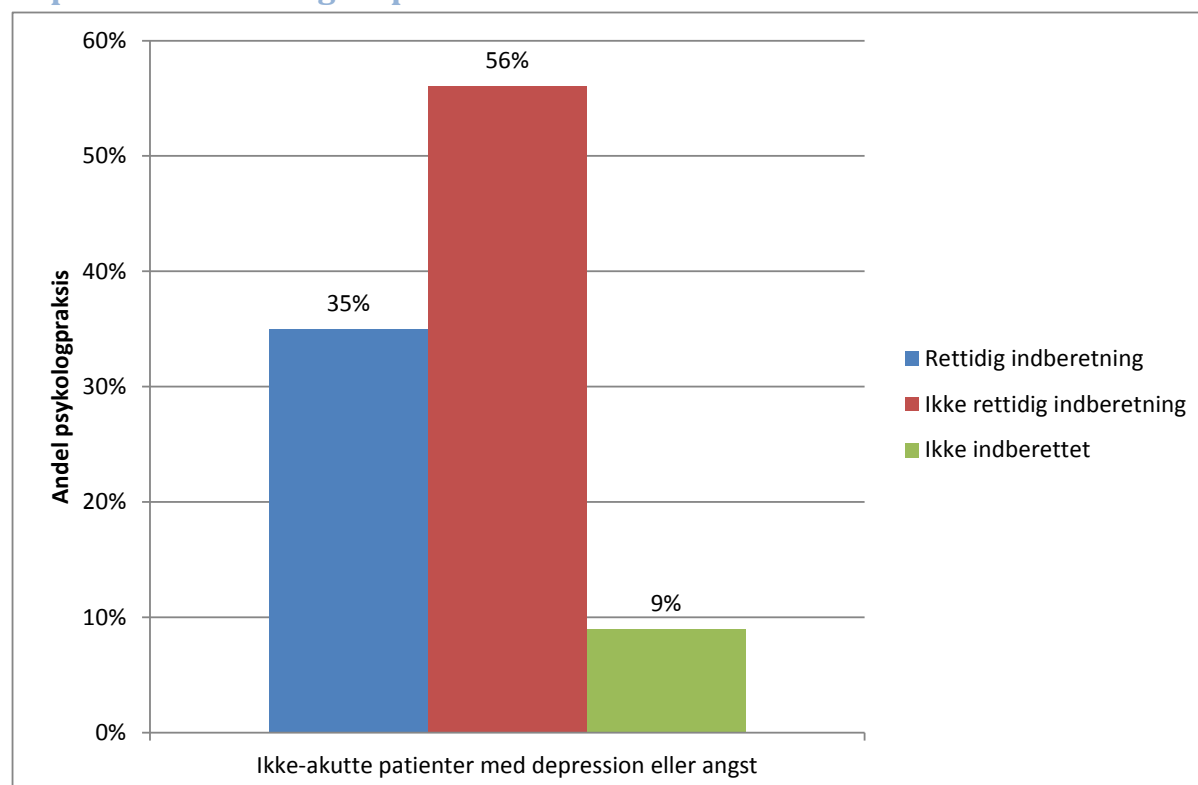
Kilde: Targit: Produktion (Bruttohonorar vedr. henvisningsgruppe 10 og 11) 2016 (trukket den 17/8 2017)
Omsætningsloftet for de enkelte psykologpraksis i 2016 er 270 t.kr.

Figur 15. Opgørelse vedr. indberetning af ventetid for ikke-akutte patienter med depression eller angst

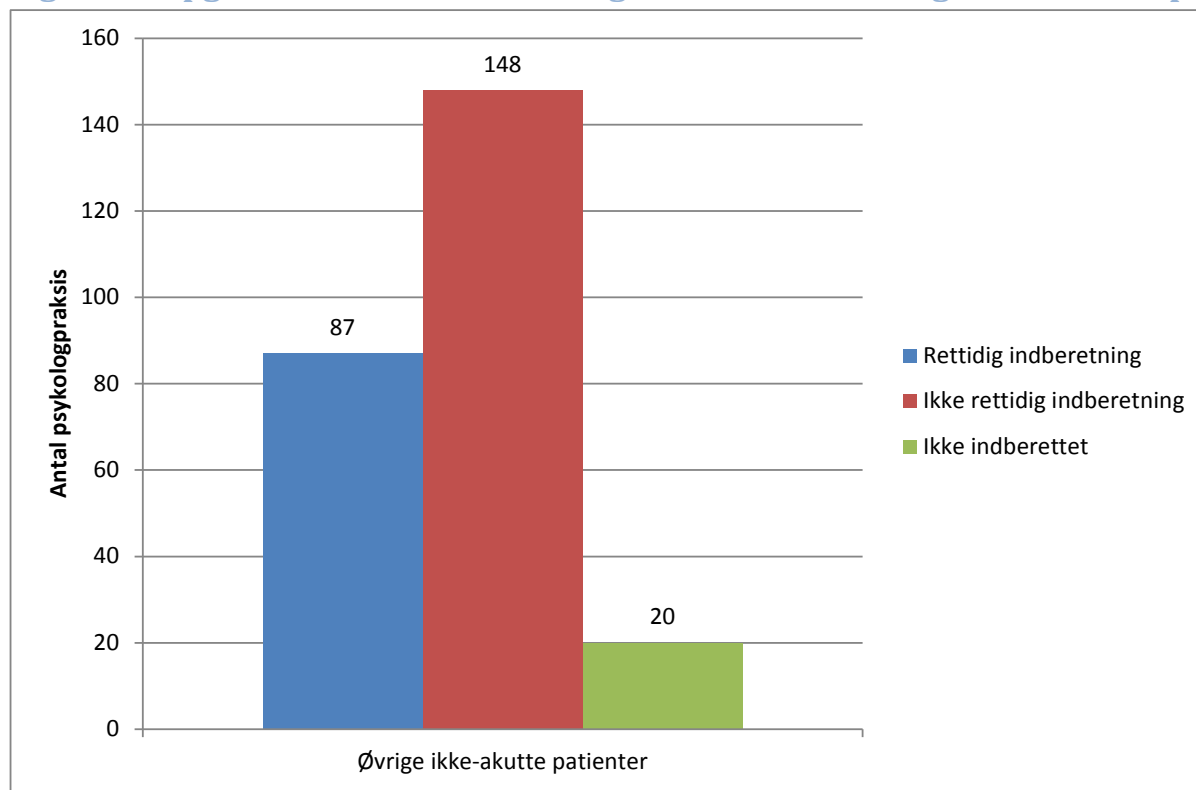


Kilde: Venteinfo. Ventetidsopgørelse pr. 1. januar 2017.

Figur 16. Opgørelse vedr. indberetning af ventetid for ikke-akutte patienter med depression eller angst i pct.

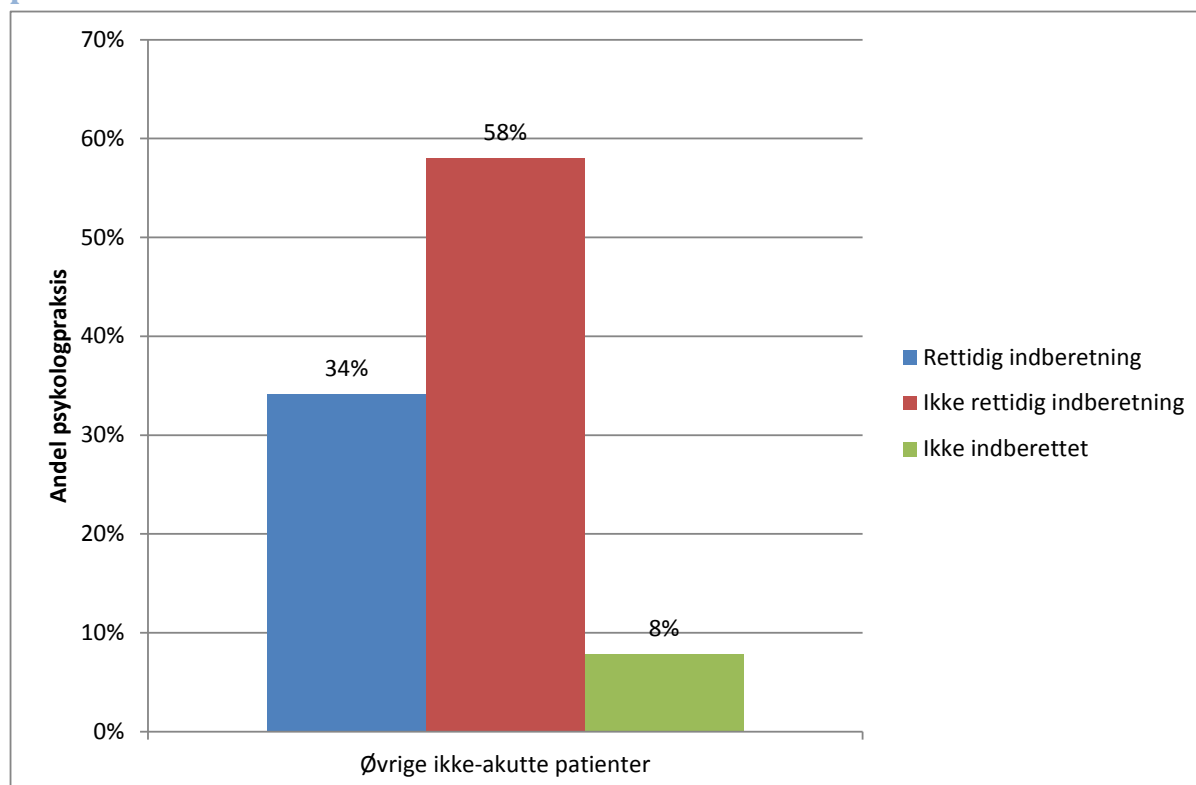


Figur 17. Opgørelse vedr. indberetning af ventetid for øvrige ikke-akutte patienter i alt



Kilde: Venteinfo. Ventetidsopgørelse pr. 1. januar 2017.

Figur 18. Opgørelse vedr. indberetning af ventetid for øvrige ikke-akutte patienter i alt i pct.

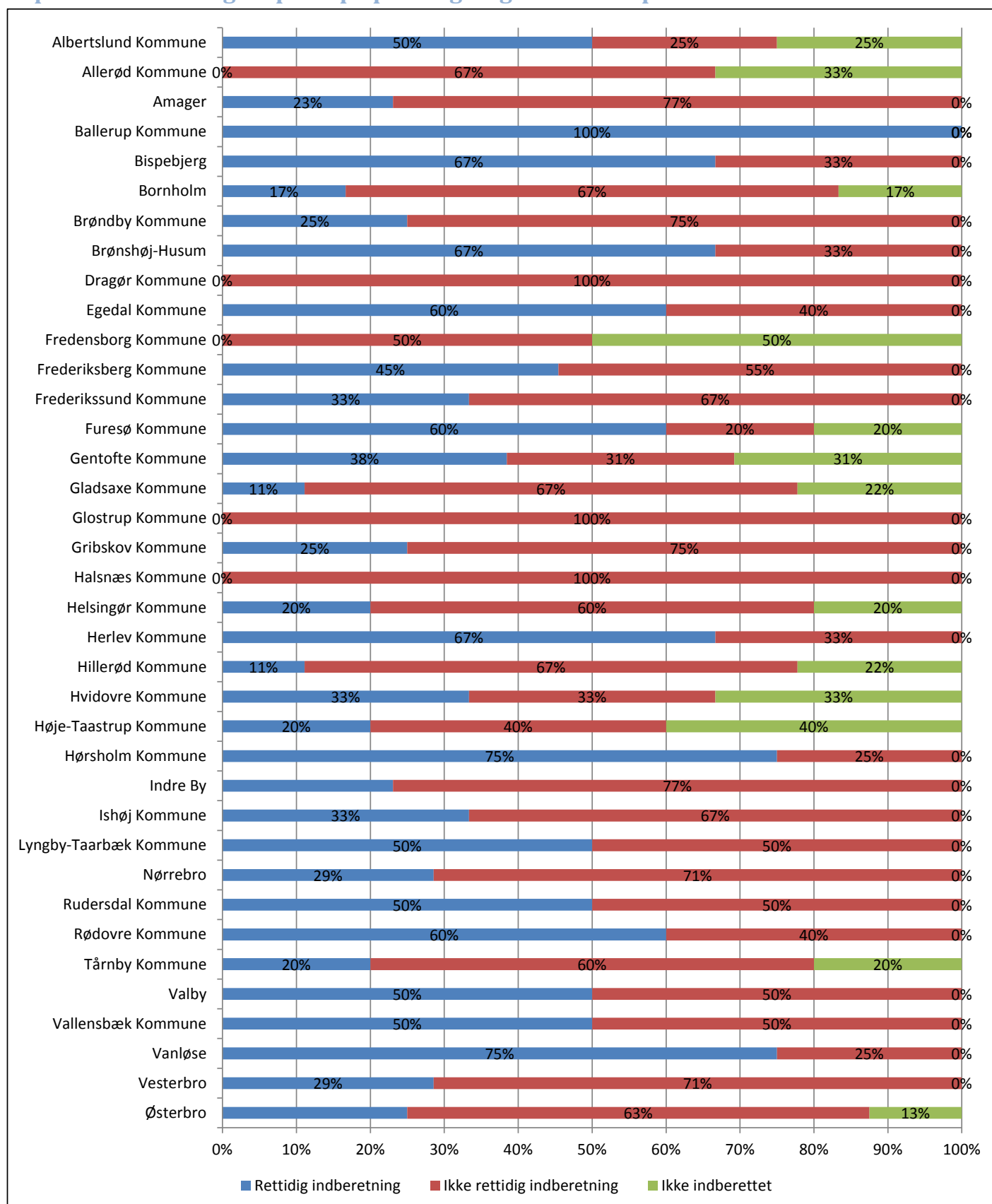


Kilde: Venteinfo. Ventetidsopgørelse pr. 1. januar 2017.

Punkt nr. 17 - Godkendelse af Praksisplan for psykologhjælp 2018-2021

Bilag 1 - Side -82 af 105

Figur 19. Opgørelse vedr. indberetning af ventetid for ikke-akutte patienter med depression eller angst opdelt på planlægningsområder i pct.

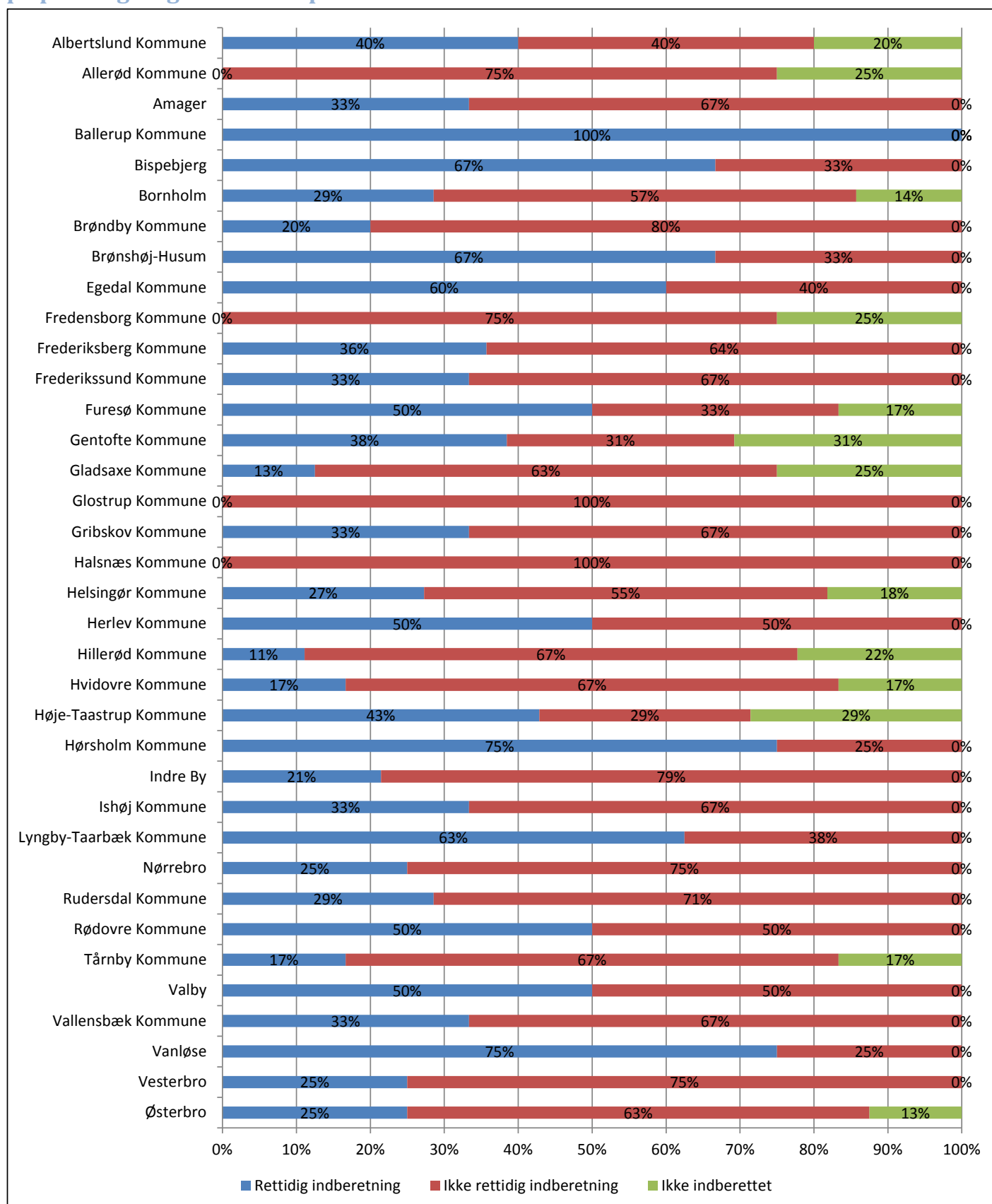


Kilde: Venteinfo. Ventetidsopgørelse pr. 1. januar 2017.

Punkt nr. 17 - Godkendelse af Praksisplan for psykologhjælp 2018-2021

Bilag 1 - Side -83 af 105

Figur 20. Opgørelse vedr. indberetning af ventetid for øvrige ikke-akutte patienter opdelt på planlægningsområder i pct.



Kilde: Venteinfo. Ventetidsopgørelse pr. 1. januar 2017.

Tabel 17. Pendlerstatistik 2016

2016	patientens hjemkommune																													
	Albertslund Kommune	Allerød Kommune	Ballerup Kommune	Bornholms Regionskommune	Brøndby Kommune	Dragør Kommune	Egedal Kommune	Fredensborg Kommune	Frederiksberg Kommune	Frederikssund Kommune	Furesø Kommune	Gentofte Kommune	Glebsø Kommune	Glostrup Kommune	Gribskov Kommune	Halsnæs Kommune	Helsingør Kommune	Herlev Kommune	Hillerød Kommune	Hvidovre Kommune	Høje-Taastrup Kommune	Hørsholm Kommune	Ishøj Kommune	Københavns Kommune	Lyngby-Taarbæk Kommune	Rudersdal Kommune	Rødovre Kommune	Tårnby Kommune	Vallensbæk Kommune	
Region Hovedstaden	328	326	602	401	396	144	563	521	1.541	675	475	868	1.025	333	657	332	1.041	384	685	631	510	314	226	9.373	716	569	455	528	182	
Albertslund Kommune	105		3		8		1	1	7	1	2	2	3	19				3		5	11		4	32	1	1	3	1	26	
Allerød Kommune	2	161				1	4	13	1	15	24	4	3		5	6	12		34			18		20	10	32	1			
Ballerup Kommune	9	1	236		5		79	1	16	2	34	7	15	6	2			1	25	3	9	4	1	52	8	8	8	1		
Bornholms Regionskommune				395				2														1		1						
Brøndby Kommune	23	3	4		181	3	6	1	42	1	1	7	7	68			3	3	1	50	11		10	168	1	4	30	4	19	
Dragør Kommune			1			39			1			4			1						1			34				17		
Egedal Kommune	1	4	42		3		184	2	2	61	4		2	2	1	2		5	5	1	3	2		18	1	4	2			
Fredensborg Kommune		8			1	3	154	5	10	1	6	1	1	36	16	76	1	91	1	25			22	4	10	1				
Frederiksberg Kommune	7	3	11	1	14	4	9	3	442	2	9	26	16	9	3	1	6	8	8	25	7	3		818	22	8	25	10	3	
Frederikssund Kommune	1	3				57	3	9	444	8			2		4	30	1	2	12		1		21	3	5	1	1			
Furesø Kommune	1	19	27			37	3	6	20	207	4	26		5	1	3	3	10	4		3	1		68	10	25	1	1		
Gentofte Kommune	3	6	6		4		2	18	36	2	6	380	62	5	1	1	8	4	3	8	7	14	3	338	68	38	3	5	2	
Glebsø Kommune	2	6	21		4	2	10	2	25	5	36	80	489	9	5	2		61	5	10	3	7		246	56	18	10	2	3	
Glostrup Kommune	20		12		32	4	9		12		1	1	4	100	1			7	1	20	9		7	82	7	24	3	7		
Gribskov Kommune	2	3				1		5	4	7		3			324	27	19		20	1		7		11	1	1				
Halsnæs Kommune		6				3	4	1	4					26	141	1		25	1					2	1					
Helsingør Kommune	1	1			1		5	123	12	9	3	18	3		71	8	801		15			24	2	63	8	20	2	1		
Herlev Kommune		2	98		1	1	29	6	15	4	10	13	63	11	1		1	180	1	6	4	6	1	99	7	5	15	2		
Hillerød Kommune		67	2		1		34	66	14	58	31	11	13	2	144	79	40	3	402	3	5	14	1	73	19	56	1	1	1	
Hvidovre Kommune	7		4		17	2	5	3	31			4	4	8	2	1	11	6		312	6		4	135	4	8	28	10	10	
Høje-Taastrup Kommune	67		13		16		3	1	9	1	2	8	7	22		2		2	3	15	352		44	58	5	1	8	2	24	
Hørsholm Kommune		4				1	1	57	3	3	6	5	7		3		14		7	1		125	1	16	37	48	1			
Ishøj Kommune	11		2	1	10	2		1	9		1		5	6			2	2		13	14	1	92	30	2	1	2	4	13	
Københavns Kommune	35	19	56	2	46	53	39	37	802	16	45	204	137	29	20	8	45	50	32	99	43	17	22	6.498	75	69	107	213	21	
Lyngby-Taarbæk Kommune	2	2	57	1			38	8	21	7	27	86	137	5	5	6	6	14	10		4	10	1	150	300	52	7	3	2	
Rudersdal Kommune	1	13			1		3	16	7	7	17	10	5		7	4	6	1	7			35		43	62	152		2	1	
Rødovre Kommune	15	1	16		14	6	13	4	19	6	4	1	24	27	3		1	7	2	41	8	4	3	150	7	6	177	9	9	
Tårnby Kommune	4				1	4	26	1	1	19	1	2	8	6	2	4		2	1	2	6		1	241	3	4	3	242	1	
Vallensbæk Kommune	12		7		41	1	2		6	6			9	12	1			1		12	27		32	50	4	6	7	5	44	
Region Midtjylland	1	2		1			3	1	8		1	3	1		1						1		2	43	1	1	1	1	1	
Region Nordjylland								1	6						2				1			1		18					2	
Region Sjælland	19		18	1	28	1	25	1	44	33	9	12	17	7	6	2	4	6	16	23	97		50	333	11	8	16	9	12	
Region Syddanmark	1	1			2		2	1	6	1	1	3	1	1	2	1	4		1	3	2			82	1	4	1	2		
Andel unikke patienter behandlet i hjemkommunen (i procent)	32%	49%	39%	99%	46%	27%	33%	30%	29%	66%	44%	44%	48%	30%	49%	42%	77%	47%	59%	49%	69%	40%	41%	69%	42%	27%	39%	46%	24%	

Kilde: Targit: Antal patienter fordelt på bopælskommune og behandlingskommune 2016.

Note: Samme patient kan have modtaget behandling af flere klinikker beliggende i forskellige kommuner, og vil således tælle med flere steder. Antallet af patienter kan derfor ikke summeres på tværs af kommuner.

Bilag 4. Undersøgelse af telefonisk tilgængelighed i psykologpraksis

Undersøgelse af telefonisk tilgængelighed i psykologpraksis



**Undersøgelse af telefonisk tilgængelighed
i psykologpraksis**

Udarbejdet af Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse på vegne
af Enhed for Tværsektoriel Udvikling, Region Hovedstaden

Analysekonsulent Sarah Kajander Holmer
Evalueringskonsulent Christine Enevoldsen Flink
Chefkonsulent Daisy Kyed

Enhedschef Marie Fuglsang

© Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, Region Hovedstaden,
december, 2016

ISBN: 978-87-93047-95-2

Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt mod tydelig
kildeangivelse.

Rapporten kan findes på www.patientoplevelser.dk

Henvendelser vedrørende undersøgelsen til:

Evalueringskonsulent Christine Enevoldsen Flink

Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse
Nordre Fasanvej 57
2000 Frederiksberg
Telefon: 38649966
E-mail: eeb@regionh.dk

Indholdsfortegnelse

1	Introduktion	4
2	Metode og design	5
3	Repræsentativitet	8
4	Tilgængelighedsinformation - sundhed.dk og hjemmeside	9
4.1	Hver anden psykolog oplyser om telefontider på sundhed.dk	9
4.2	Psykologernes telefontider	10
4.3	Andre oplysninger fra sundhed.dk og hjemmeside	12
5	Telefonisk tilgængelighed	13
5.1	Fire ud af fem psykologer er telefonisk tilgængelig	13
5.2	Psykologer med oplyst telefontid er mere tilgængelige	16
5.3	Ingen sammenhæng mellem tilgængelighed og antallet af ugentlig telefontimer	16
5.4	Tilgængelighed fordelt på planområde	17
	Bilag 1: Overenskomst om psykologhjælp	18
	Bilag 2: Standardtekster til opkald til psykologpraksis	19

1 Introduktion

Ifølge praksisudviklingsplanen for psykologhjælp 2014-2017 skal det være nemt for borgere med henvisning fra egen læge til psykologhjælp at komme i kontakt med psykologpraksis. Det gælder både, når patienten skal aftale første tid til konsultation, og når patienten er i et behandlingsforløb og fx ønsker at ændre aftaler. Ifølge praksisudviklingsplanen skal det også være muligt for patienten at blive kontaktet af psykologpraksis, når patientens opkald ikke bliver besvaret.

Prioritering af tilgængeligheden i psykologpraksis er således en væsentlig overordnet målsætning i praksisudviklingsplanen for psykologhjælp 2014-2017. Der mangler dog viden om, hvordan den telefoniske tilgængelighed reelt er. Derfor har Enhed for Tværsektoriel udvikling (ETU) på vegne af samarbejdsudvalget for psykologhjælp i Region Hovedstaden bedt Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse om at gennemføre en undersøgelse af den telefoniske tilgængelighed blandt samtlige psykologer med overenskomst i Region Hovedstaden. Undersøgelsens grundlag er de mål for den telefoniske tilgængelighed, som er opstillet i Overenskomst om psykologhjælp (bilag 1).

Undersøgelsens formål er at afdække:

Om de enkelte praksis giver de overenskomstpligtige oplysninger om telefontider og konsultationstider, oplysning om eventuelt tilbud om elektronisk kommunikation med patienterne herunder tidsbestilling, samt oplysning om adgangsforhold og toiletforhold for personer med bevægelseshæmning på sundhed.dk.

I hvilket omfang psykologpraksis er telefonisk tilgængelige for borgerne, samt hvordan forløbet med at komme i kontakt med psykologerne er.

Denne rapport indeholder resultaterne af Enhed for Evaluering og Brugerinddragelses undersøgelse af tilgængelighedsinformation og den telefoniske tilgængelighed til psykologpraksis (Kapitel 4 og 5). Rapporten beskriver desuden det undersøgelsesdesign og de metoder, der danner grundlag for undersøgelsen (Kapitel 2 og 3).

2 Metode og design

Undersøgelsen er gennemført som en totalundersøgelse af samtlige psykologpraksis med overenskomst i Region Hovedstaden. I alt 251 psykologpraksis indgår i undersøgelsen.¹

Undersøgelsen er gennemført i to dele:

Figur 2.1 Undersøgelsens to dele



Første del af undersøgelsen er en **registrering af informationer fra sundhed.dk og praksis egen hjemmeside**. Registreringerne er gennemført i uge 41 og 42 i 2016. Følgende oplysninger er blevet registreret for hver enkelt psykologpraksis:

Figur 2.2 Registreringer fra sundhed.dk og praksis egen hjemmeside

- Telefontid (sundhed.dk og hjemmeside)
- Konsultationstid (sundhed.dk og hjemmeside)
- Mulighed for kommunikation via e-mail (sundhed.dk og hjemmeside)
- Mulighed for elektronisk tidsbestilling (sundhed.dk og hjemmeside)
- Link til hjemmeside (sundhed.dk)
- Hhv. adgangsforhold og toiletforhold for bevægelseshæmmede (sundhed.dk)

Undersøgelsen af **den telefoniske tilgængelighed** er gennemført ved, at samtlige 251 psykologpraksis er blevet ringet op en gang inden for den eventuelt oplyste telefontid.² Læs mere i kapitel 3 om, hvordan opkaldene til psykologerne er blevet fordelt, samt hvordan der er sikret repræsentativitet i undersøgelsen.

De mulige udfald ved opkald til psykologerne kan ses i tabel 2.1. Tabellen viser også fremgangsmåden ved hvert udfald, og hvordan udfaldet er registreret.

¹ Der er i alt 256 psykologkapaciteter i Region Hovedstaden, men på undersøgelses tidspunktet var fem ubesatte, hvorfor der i undersøgelsen kun indgår 251 praksis.

² Der er blevet foretaget én opkaldsrunde for hver psykolog. En opkaldsrunde kan indeholde op til fire opkald, såfremt de første opkald er optaget eller ikke bliver besvaret, og der ikke er mulighed for at indtale besked på en telefonsvarer.

Tabel 2.1 Mulige udfald af opkald og registreringer

Udfald	Fremgangsmåde	Registrering
Kontakt ved første opkald (inden for 15 ringetoner)		Kontakt bliver registreret.
Telefonsvarer (med mulighed for at indtale en besked)	Vi lægger en besked med telefonnummer til besvarelse af opkaldet (se beskedens ordlyd i bilag 2).	Om psykologen vender tilbage.** Hvornår psykologen vender tilbage (i givet fald).
Ingen kontakt* (opkaldet bliver ikke besvaret, eller telefonen er optaget)	Vi foretager op til tre yderligere opkald henholdsvis 1, 3 og 5 minutter efter det første opkald. Hvert opkald varer 15 ringetoner.	Om vi opnår kontakt ved opkald (i givet fald efter hvilket forsøg/hvor mange minutter). Eller om psykologen vender tilbage på ubesvarede opkald (i givet fald hvornår).**
Telefonkø	Vi venter op til 10 minutter i kø.	Om vi opnår kontakt. Efter hvor mange minutter vi opnår kontakt (i givet fald).
Telefonnummer virker ikke	Hvis muligt ringer vi til et andet telefonnummer (f.eks. fundet på psykologens egen hjemmeside), og opkaldsrunden starter forfra med dette nummer.	Det telefonnummer, der ikke virker, bliver registreret. Udfaldet af opkaldet til et evt. andet telefonnummer bliver registreret.
Oplyst ferie på telefonsvarer		Ferie bliver registreret.

* Dette inkluderer også opkald, hvor vi kommer igennem til en telefonsvarer uden mulighed for at indtale en besked.

** Her skal psykologen skabe kontakt til patienten. Det kan både ske ved at psykologen besvarer opkaldet ved at ringe tilbage til patienten eller ved, at psykologen kontakter patienten via sms.

En psykologpraksis er i denne undersøgelse defineret som telefonisk tilgængelig, hvis:

- Praksis er umiddelbart telefonisk kontaktbar. Dvs., hvis
 - Vi opnår direkte kontakt ved første opkald
 - Vi opnår direkte kontakt ved ét af genopkaldene
 - Vi opnår kontakt inden for 10 minutter i telefonkø
- Praksis besvarer telefonsvarerbesked eller ubesvarede opkald inden for to hverdage, jf. Overenskomst om psykologhjælp, der siger, at psykologen skal kontakte patienten senest inden for to hverdage (bilag 1)

Psykologer, der på sin telefonsvarer har oplyst ferie i den periode, hvor undersøgelsen af den telefoniske tilgængelighed har fundet sted, indgår hverken som tilgængelig eller ikke-tilgængelig i undersøgelsen.

Opkaldene er foretaget i uge 46 og 47 i 2016. Før opkaldene er foretaget, er de 251 psykologpraksis varslet pr. mail om, at undersøgelsen vil blive gennemført³. Registrering af eventuelle besvarelser fra psykologerne er stoppet den 2. december 2016.

³ ETU har i samarbejde med Dansk Psykologforening varslet samtlige 251 psykologpraksis. Dette fandt sted den 10. november 2016.

Bilag 2 viser de beskeder, vi har indtalt på psykologernes telefonsvarer og på vores egen telefonsvarer, samt den standardtekst vi har benyttet til at informere psykologerne om undersøgelsen, når vi har været i direkte kontakt med dem.

3 Repræsentativitet

De psykologpraksis, der har oplyst telefontid, er blevet ringet op inden for denne telefontid. Som udgangspunkt er det den oplyste telefontid på sundhed.dk, der afgør, hvornår psykologen er blevet ringet op. Hvis psykologen derimod ikke har oplyst telefontid på sundhed.dk, men har oplyst telefontid på egen hjemmeside, er det telefontiden fra hjemmesiden, der er ringet op inden for. Opkald til psykologer med oplyst telefontid er fordelt jævnt ud på alle hverdage. Hvis en psykolog har angivet specifikke dage for telefontiden, er der taget højde for dette i fordelingen.

Da der er tale om en totalundersøgelse bliver repræsentativitet alene et spørgsmål om at sikre sammenlignelighed mellem praksis med og uden oplyst telefontid. Opkaldene til de psykologer, der *ikke* har oplyst telefontid, er derfor blevet fordelt ud fra en fordelingsnøgle, der afspejler fordelingen for psykologerne *med* oplyst telefontid. Det sikrer, at opkaldene til psykologer uden oplyst telefontid matcher fordelingen af psykologer med oplyst telefontid. Psykologer uden oplyst telefontid er dermed ud fra fordelingsnøglen blevet tilfældigt fordelt ud på alle hverdage og følgende fire tidsintervaller; kl. 8-9, kl. 9-12, kl. 12-13, kl. 13-16.⁴ Denne metode sikrer, at vi meningsfuldt kan sammenligne tilgængeligheden blandt psykologer, der hhv. oplyser og ikke oplyser telefontider.

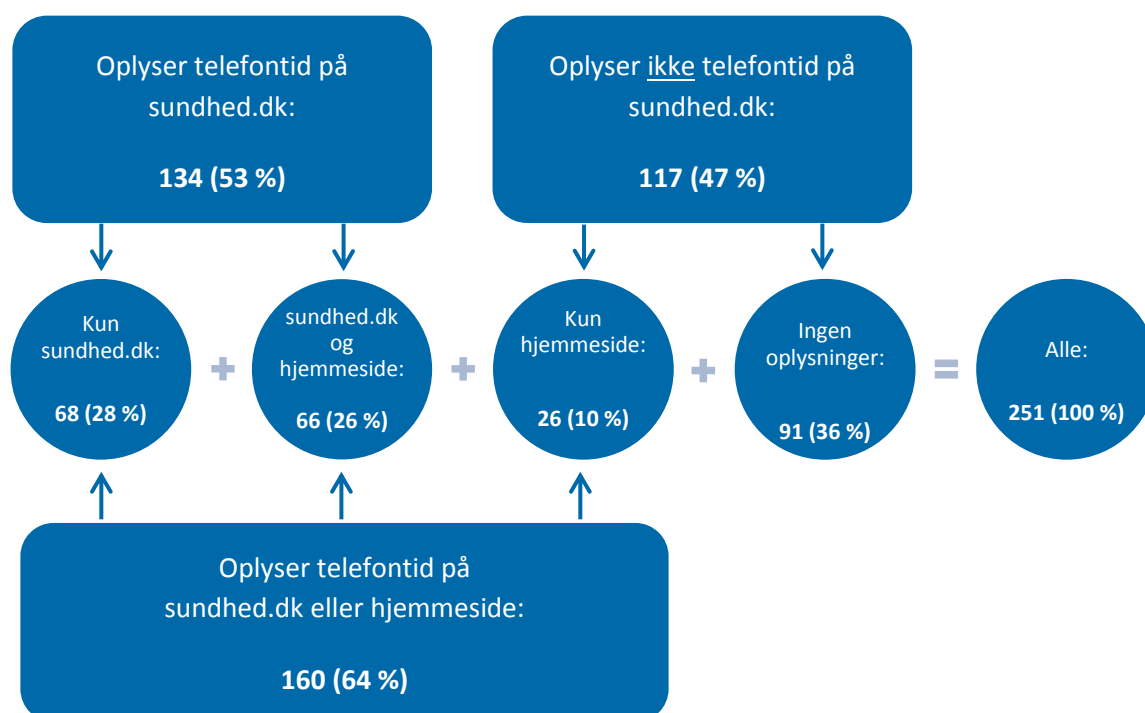
⁴ På trods af at nogle få psykologer er blevet ringet op inden for oplyst telefontid før kl. 8 og efter kl. 16, er psykologer uden oplyst telefontid kun blevet ringet op inden for tidsintervallet 8-16.

4 Tilgængelighedsinformation - sundhed.dk og hjemmeside

4.1 Hver anden psykolog oplyser om telefontider på sundhed.dk

53 % af psykologerne oplyser telefontid på sundhed.dk. Det svarer til 134 af de 251 psykologer i undersøgelsen. 68 psykologer oplyser udelukkende telefontid på sundhed.dk, mens 66 psykologer oplyser telefontid på både sundhed.dk og egen hjemmeside. 26 psykologer oplyser telefontid på egen hjemmeside, mens 91 psykologer ikke oplyser telefontid nogen af stederne. Alt i alt oplyser 160 psykologer, 64 %, telefontid på enten sundhed.dk eller egen hjemmeside.

Figur 4.1 Oplyste telefontider



Ud af de resterende 117 psykologer, der ikke oplyser telefontid på sundhed.dk, oplyser 26 telefontid på egen hjemmeside, mens 91 psykologer ikke oplyser telefontid nogen af stederne. Alt i alt oplyser 160 psykologer, 64 %, telefontid på enten sundhed.dk eller egen hjemmeside.

Blandt de 66 psykologer, der oplyser telefontid på både sundhed.dk og egen hjemmeside, oplyser 44 den samme telefontid begge steder, mens der for 22 psykologer ikke er overensstemmelse mellem de oplyste telefontider.⁵

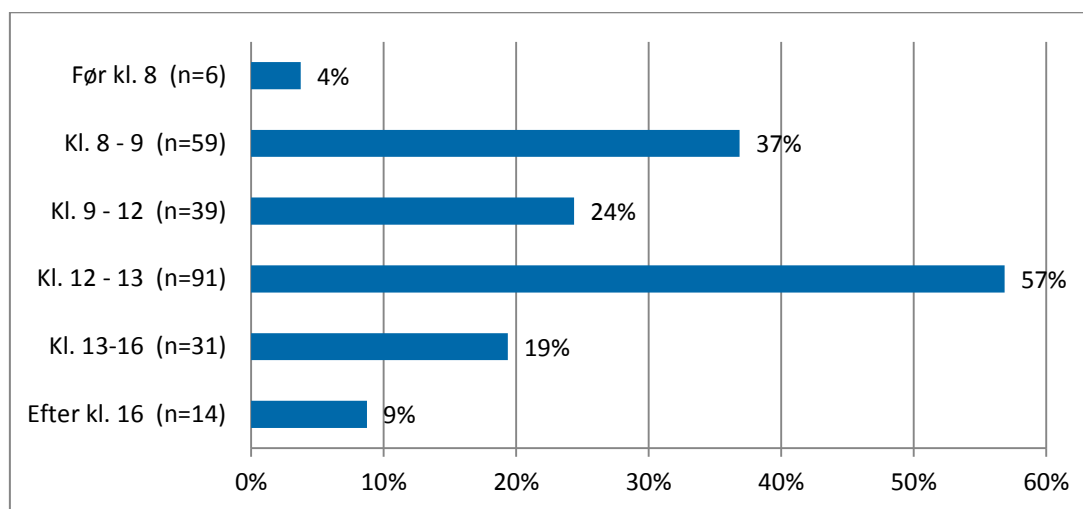
⁵ Uoverensstemmelse mellem telefontider på sundhed.dk og hjemmeside vil sige, at psykologen enten angiver forskellige tidspunkter eller forskellige dage de to steder. Derimod er en psykolog, der angiver samme telefontid på sundhed.dk og hjemmeside, men som angiver dagene mandag-fredag ét af stederne og ingenting det andet sted, opgjort som, at der er overensstemmelse mellem tiderne.

4.2 Psykologernes telefontider

De følgende opgørelser beskriver telefontiderne nærmere. Vi bruger telefontiderne oplyst på sundhed.dk, og alternativt telefontiderne oplyst på hjemmesiderne, såfremt psykologerne ikke har oplyst telefontid på sundhed.dk.

Over halvdelen, 57 %, af psykologerne har telefontid kl. 12-13 (figur 4.2). Tidsrummet kl. 8-9 er det næstmest benyttede tidspunkt på dagen for psykologernes telefontid. Her har 37 % af psykologerne telefontid.

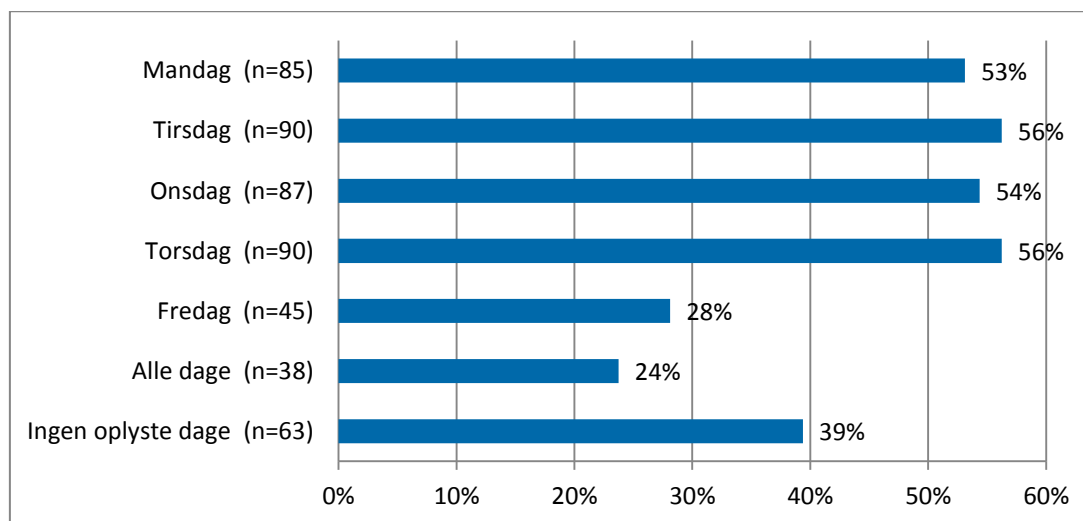
Figur 4.2 Psykologernes telefontider fordelt på tidspunkter



Bemærk at andelen ikke summer til 100 % og antallet ikke til 160 (antallet af psykologer med oplyst telefontid). Det skyldes, at der kan være telefontider, der overlapper de specifikke tidsrum, samt at nogle psykologer har telefontid på flere tidspunkter af dagen.

De mest populære dage for telefontid er mandag til torsdag, hvor mellem 53 % og 56 % af psykologerne har telefontid (figur 4.3). Derudover er det interessant at bemærke, at 39 % af psykologerne har oplyst en telefontid, men ikke på hvilke ugedage den er gældende.

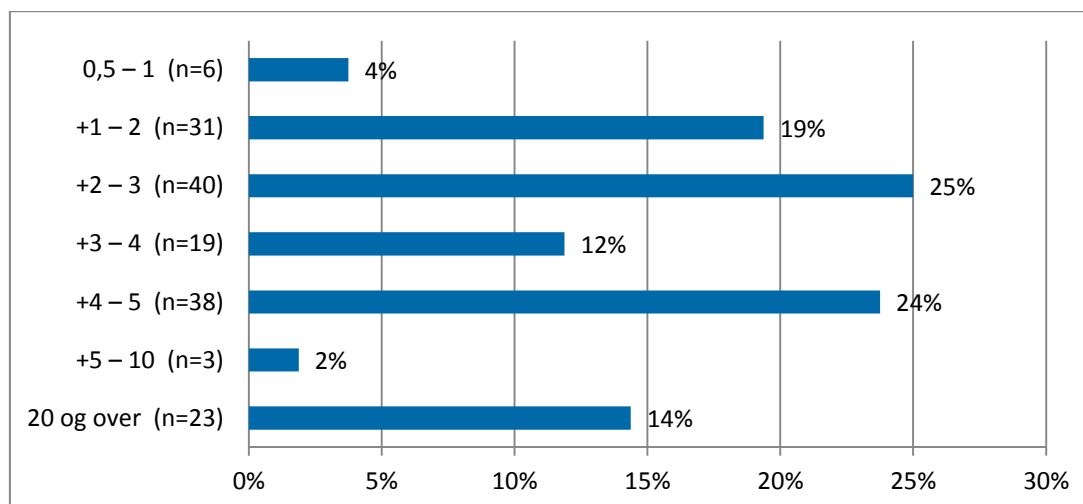
Figur 4.3 Psykologernes telefontider fordelt på ugedage



Bemærk at andelen ikke summer til 100 % og antallet ikke til 160 (antallet af psykologer med oplyst telefontid). Det skyldes, at en telefontid kan være gældende for flere af ugedagene, samt at nogle psykologer har mere end én opgivet telefontid.

Størstedelen af psykologerne, 80 %, har mere end én time og op til fem timers telefontid om ugen (figur 4.4). Det højeste antal ugentlige timer en psykolog har telefontid er 50 timer, mens det laveste er en halv time. Psykologerne har i gennemsnit 8,3 timers telefontid om ugen, mens median psykologen har fire timers telefontid om ugen.⁶

Figur 4.4 Psykologernes ugentlige telefontid i timer



For de psykologer, der ikke oplyser nogen dage ved telefontiden, har vi antaget, at telefontiden er gældende for alle dagene mandag til fredag.

⁶ Medianen er den midterste værdi af psykologernes ugentlige telefontider i timer, når disse er sorteret fra mindste til største observation. Ideen ved at bruge medianen i forhold til gennemsnittet er, at medianen er stabil overfor ekstreme værdier. Eksempelvis vil de få psykologer (23) med mere end 20 timers telefontid (se figur 4.4) trække gennemsnittet meget op.

4.3 Andre oplysninger fra sundhed.dk og hjemmeside

Ud over psykologernes telefontid er der fra sundhed.dk og psykologernes egne hjemmesider også registreret, om psykologerne har oplyst konsultationstid, om der er mulighed for at kontakte psykologen via e-mail, og om psykologen har et online tidsbestillingssystem. Derudover er der alene ud fra sundhed.dk registreret, om der er et link til psykologens egen hjemmeside, om psykologen har mærket ”God adgang”, om psykologen har handicapvenlig adgang, og om psykologen har handicaptoilet.

Tabel 4.1 viser hvor stor en andel og hvor mange af psykologerne, der har registreret ovenstående informationer på sundhed.dk og/eller hjemmeside. Den sidste kolonne viser hvor mange psykologer, der ikke har oplyst informationen nogen af stederne.

Tabel 4.1 Andre oplysninger fra sundhed.dk og hjemmeside

Emne	Sundhed.dk		Hjemmeside		Ingen oplysning	
	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal
Konsultationstid	0 %	0	4 %	9	96 %	242
E-mail	100 %	250	71 %	177	0 %	1
Tidsbestillingssystem	2 %	4	0 %	1	98 %	246
Link til hjemmeside*	58 %	146				
Mærkeordningen "God adgang"	3 %	7				
Handicapvenlig adgang	37 %	94				
Handicaptollet	15 %	37				

* Ét af linkene fører til en forkert hjemmeside, mens syv af linkene ikke virker.

Næsten ingen af psykologerne har oplyst konsultationstid (tabel 4.1). Kun 4 % oplyser konsultationstid på deres egen hjemmeside. Det har efter undersøgelsens iværksættelse vist sig, at der på sundhed.dk ikke er et defineret felt til registrering af konsultationstid.

Alle psykologer på nær én har oplyst en e-mail på sundhed.dk. Derudover har langt størstedelen også oplyst deres e-mail på egen hjemmeside.

Det er sjældent, at psykologerne har et tidsbestillingssystem. Således har 98 % hverken oplysning om et sådant system på sundhed.dk eller har et på deres hjemmeside. De fire psykologer, der på sundhed.dk oplyser, at de har et tidsbestillingssystem, har ikke systemet på deres hjemmeside.

Lidt over halvdelen af psykologerne, 58 %, har et link til deres hjemmeside på sundhed.dk.

Derudover er 3 % registreret på sundhed.dk med mærkeordningen ”God adgang”, og hhv. 37 % og 15 % har på sundhed.dk registreret handicapvenlig adgang og handicaptoilet.

5 Telefonisk tilgængelighed

5.1 Fire ud af fem psykologer er telefonisk tilgængelig

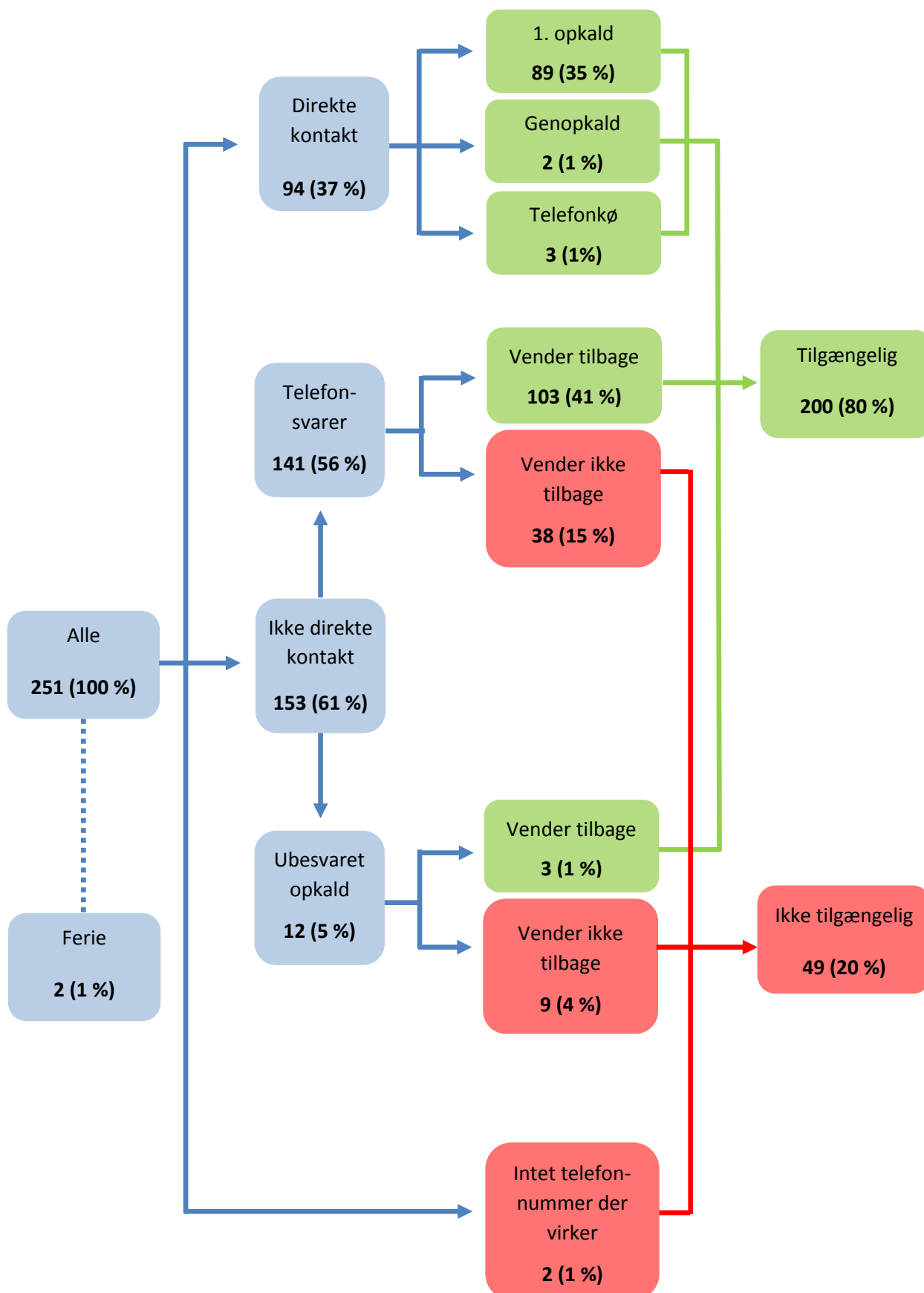
Figur 5.1 viser et flowdiagram over de forskellige udfald af opkaldene til undersøgelsens 251 psykolog-praksis. To af de 251 praksis oplyser ferie på telefonsvareren i den periode opkaldene er foretaget, og indgår, jf. metodeafsnittet, ikke i opgørelsen af den telefoniske tilgængelighed.

94 praksis er umiddelbart telefonisk kontaktbare (enten ved besvarelse af første opkald (89), ved kontakt ved genopkald (2) eller ved kontakt inden for 10 minutter i telefonkø (3)). Derudover er 106 praksis ikke direkte telefonisk kontaktbare, men vender, jf. overenskomsten, tilbage inden for to dage efter, at der er indtalt besked på telefonsvarer (103) eller efter et registreret 'ubesvaret opkald' (3). Disse i alt 200 praksis er alle ifølge undersøgelsens definition telefonisk tilgængelige.

Af de 153 praksis, der ikke er umiddelbart telefonisk kontaktbare, er der en række praksis, der heller ikke vender tilbage inden for to hverdage efter enten 'ubesvaret opkald' (9) eller efter indtalt besked på telefonsvarer (38). Derudover er der to praksis, hvor de oplyste telefonnumre ikke virker. Disse i alt 49 praksis er ifølge undersøgelsens definition ikke telefonisk tilgængelige.

I alt er 80 % af praksis altså telefonisk tilgængelige (heraf er 47 % umiddelbart kontaktbare), mens 20 % af praksis ikke er telefonisk tilgængelige efter undersøgelsens definition.

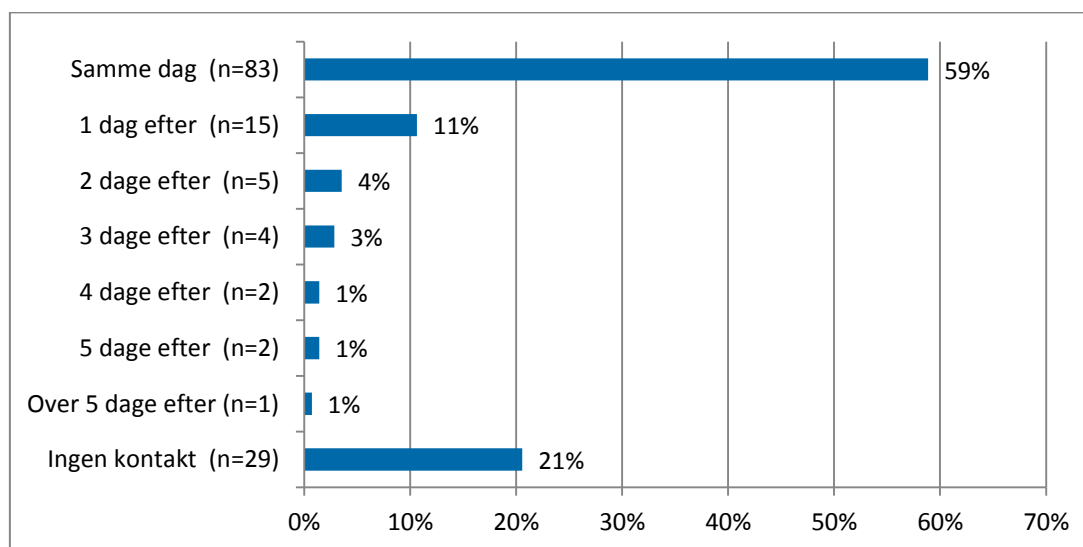
Figur 5.1 Flowdiagram over opkaldene



Forløbet med at komme i kontakt med de psykologer, der ikke er direkte kontakt med ved første opkald, beskriver vi nærmere i det følgende.

I alt 141 opkald går på telefonsvarer, hvor der er mulighed for at indtale en besked. Tre ud af fire af de psykologer, der modtager en telefonsvarerbesked, efterlever kravene i overenskomsten om at kontakte patienten senest inden for to hverdage. Dette kan ses af figur 5.2, der viser, hvor lang tid der går, fra beskeden på telefonsvareren bliver indtalt, til psykologen vender tilbage via telefonopkald eller sms. 59 % vender således tilbage samme dag, mens 15 % vender tilbage en eller to dage efter. 21 % af psykologerne vender slet ikke tilbage inden for den periode, undersøgelsen er i gang.⁷

Figur 5.2 Hvor hurtigt vender psykologerne tilbage efter indtalt telefonsvarerbesked?



Bemærk at 141 psykologer indgår i opgørelsen. Weekenddage tæller ikke med. Dvs. hvis en psykolog er blevet ringet op en fredag og vender tilbage mandag, tæller det som en dag efter.

De tre gange, hvor opkaldet går i telefonkø, besvarer psykologen opkaldet inden for et minut.

14 psykologer modtager op til tre genopkald.⁸ Ved to af psykologerne er der kontakt ved første genopkald et minut efter det første opkald, mens tre af psykologerne besvarer de ubesvarede opkald inden for to hverdage (tabel 5.1). Samlet set er fem af disse 14 psykologer altså telefonisk tilgængelige.

Tabel 5.1 Kontakt ved genopkald

	Antal	Andel
Kontakt ved 2. opkald	2	18 %
Besvarer opkald inden for 2 hverdage	3	27 %
Ingen kontakt	9	82 %

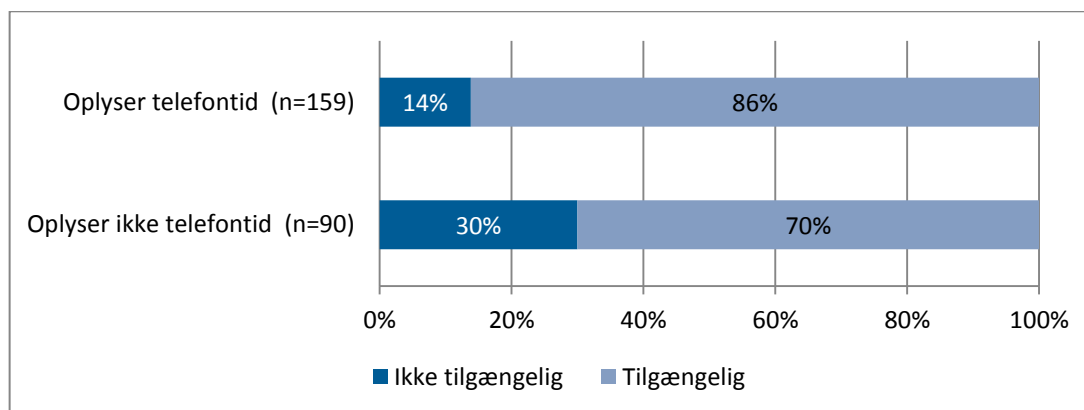
⁷ Registrering af eventuelle besvarelser fra psykologerne er stoppet d. 2. december 2016. Det er derfor muligt, at nogle af de psykologer, der er registreret som "ingen kontakt", efterfølgende kan have kontakttet os. Havde vi fortsat registreringen, kunne de være endt i kategorien "Over 5 dage efter".

⁸ For de psykologer, hvor der ikke er kontakt ved første opkald, og hvor der ikke er mulighed for at indtale en telefonsvarerbesked, eller hvor opkaldet ikke går i telefonkø, har vi foretaget op til tre genopkald.

5.2 Psykologer med oplyst telefontid er mere tilgængelige

Når vi ser på tilgængeligheden ud fra, om psykologerne oplyser telefontid eller ej, viser undersøgelsen, at 86 % af psykologerne med oplyst telefontid er telefonisk tilgængelige, mens 70 % af psykologerne uden oplyst telefontid er telefonisk tilgængelige (figur 5.3). Psykologer med oplyst telefontid er altså mere tilgængelige.

Figur 5.3 Telefonisk tilgængelighed fordelt på oplyst telefontid

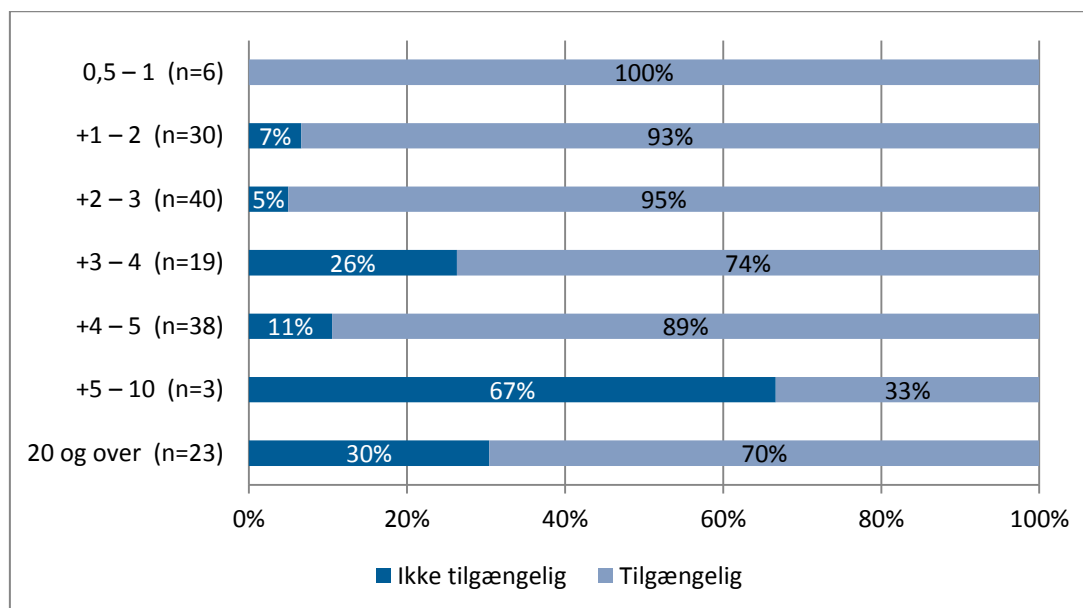


Bemærk at kun 249 psykologer indgår i denne opgørelse, da to psykologer har oplyst ferie i undersøgelsesperioden, og derfor ikke indgår.

5.3 Ingen sammenhæng mellem tilgængelighed og antallet af ugentlig telefontimer

Der er ingen klar sammenhæng mellem antallet af ugentlige telefontimer og den telefoniske tilgængelighed (figur 5.4). Der er dog en lille tendens til, at psykologer med færre ugentlige telefontimer er mere telefonisk tilgængelige.

Figur 5.4 Telefonisk tilgængelighed fordelt på antal ugentlig telefontimer

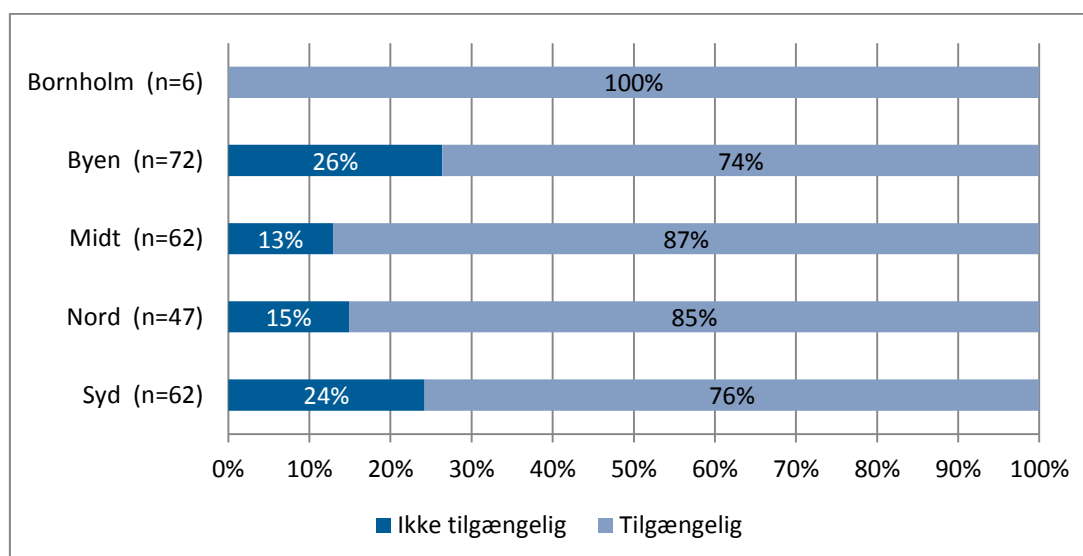


Bemærk at kun 159 af de 160 psykologer, der har oplyst telefontid, indgår i denne opgørelse. Én psykolog med oplyst telefontid oplyser ferie i undersøgelsesperioden og indgår derfor ikke.

5.4 Tilgængelighed fordelt på planområde

Samtlige psykologer på Bornholm er telefonisk tilgængelige (figur 5.5). Byen og Syd er de planområder, hvor den største andel psykologer ikke er telefonisk tilgængelige. Her er omkring én ud af fire psykologer ikke tilgængelige.

Figur 5.5 Telefonisk tilgængelighed fordelt på planområde



Bemærk at kun 249 psykologer indgår i denne opgørelse, da to psykologer har oplyst ferie i undersøgelsesperioden og derfor ikke indgår.

Bilag 1: Overenskomst om psykologhjælp

Mål om telefonisk tilgængelighed, jf. § 16

- Stk. 1: ”Med henblik på at tilvejebringe uddybende information til brug for patientens valg af psykolog, er der for hver psykolog en praksisdeklaration, som er tilgængelig på sundhed.dk.”
- Stk. 2: ”Psykologen er forpligtet til at vedligeholde egne oplysninger i praksisdeklarationen. Oplysningerne redigeres på sundhed.dk, og der logges på med brug af digital signatur.”
- Stk. 3: ”I praksisdeklarationen vil følgende oplysninger fra regionens yderregister fremgå:
 - Praksisnavn, konsultationsadresse og telefonnummer
 - Navn, alder og køn på indehaver af klinikken.

Psykologen skal selv oplyse (uddrag):

- Aktuelle konsultations- og telefontider.
- Oplysning om ferie og længerevarende fravær, sygdom og kurser mv.”
- ANMÆRKNING TIL § 16, STK. 3:
”Hvis en patient ikke opnår kontakt med psykologen via de angivne kontaktmuligheder i psykologens praksisoplysning inden for den givne træffetid, skal psykologen normalt kontakte patienten næstfølgende hverdag efter patientens henvendelse, dog senest inden for to hverdage.”

Bilag 2: Standardtekster til opkald til psykologpraksis

Ved kontakt til psykologen informerer vi psykologen om følgende:

Hej, jeg hedder [navn]. Jeg ringer fra Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse i Region Hovedstaden.

Vi er i gang med at undersøge den telefoniske tilgængelighed blandt psykologer med overenskomst i Region Hovedstaden.

En del af denne undersøgelse er derfor, at vi ringer dig op. Jeg registrerer nu, at vi har haft kontakt til dig.

Du skulle gerne være blevet varslet om undersøgelsen d. 10/11 2016 i en mail.

Undersøgelsens resultater bliver offentliggjort i aggregeret form i en rapport til samarbejdsudvalget for psykologhjælp.

Det var det hele. Er der noget, du vil spørge om?

Undskyld forstyrrelsen. Hav en god dag.

Ved telefonsvarer indtaler vi følgende:

Hej det er [dit fornavn].

Du kan ringe tilbage på telefonnummer [nummeret til den mobiltelefon, du ringer fra].

Vores telefonsvarer siger følgende:

Hej, du har ringet til Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse i Region Hovedstaden.

Det opkald, du har besvaret, er en del af en undersøgelse af den telefoniske tilgængelighed i psykologpraksis, som vi laver for Region Hovedstaden.

Du må derfor meget gerne indtale navn og telefonnummer. Så registrerer vi, at du har besvaret vores opkald, og du behøver ikke gøre yderligere.

Har du spørgsmål, så kontakt Christine Enevoldsen Flink på tlf. 38 64 99 60.

Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse

Nordre Fasanvej 57
2000 Frederiksberg

Telefon: 38649966

E-mail: eeb@regionh.dk

www.patientoplevelser.dk



Center for Sundhed

September 2017

Praksisplan for psykologhjælp 2018-2021

Forslag

Indholdsfortegnelse

Resumé	4
1. INDLEDNING	5
1.1 Visioner og mål for fremtidens psykologpraksis i Region Hovedstaden	5
1.2 Planlægningsbestemmelser ifølge overenskomsten	5
1.3 Udarbejdelse og høring af praksisplan for psykologhjælp	6
1.4. Implementering af praksisplanen	7
1.5 Praksisplanens opbygning	7
2. Psykologens opgaver og regler for tilskud til behandling	8
2.1 Psykologens opgaver og patientgrupper	8
2.2 Grænser for omsætning	9
2.3 Psykologernes uddannelse og opnåelse af autorisation	10
3. Kapacitet i psykologpraksis	11
3.1 Områdeinddeling i sundhedsplanlægning	11
3.2. Eksisterende kapacitet i regionen og geografisk fordeling	12
3.2.1 Kapacitetens geografiske fordeling i regionen	12
3.2.2. Kapacitet og behandlingsressourcer	14
3.2.3. Vurdering og fordeling af psykologkapaciteten i regionen	16
3.3. Forbrug og produktion af psykologbehandling	18
3.3.1. Henvisningsgrupper i psykologpraksis	19
3.4. Praksisformer i psykologpraksis	20
3.5. Alder og køn	21
3.6. Tilgængelighed i psykologpraksis	23
3.6.1. Tilgængelighed for personer med funktionsnedsættelse	23
3.6.2. Telefonisk og elektronisk tilgængelighed	25
4. Psykologpraksis i det sammenhængende sundhedsvæsen	29
4. 1 Patienten som aktiv samarbejdspart og lighed i sundhed	29
4.1.1 Aktivt samarbejde med patienten om eget behandlingsforløb	30
4.1.2 Samarbejde med patienter og pårørende om udviklingen af sundhedsvæsenet	30
4.1.3 Patientrapportering af utilsigtede hændelser	30
4.2 Samarbejde og kommunikation med det øvrige sundhedsvæsen	31
4.2.1 Samarbejde og kommunikation med almen praksis	31
4.2.2 Samarbejde og kommunikation med speciallægepraksis samt børne- og ungdomspsykiatri og psykiatrien	33
4.2.3 Samarbejde og kommunikation med kommunerne	34

Punkt nr. 17 - Godkendelse af Praksisplan for psykologhjælp 2018-2021
Bilag 2 - Side -3 af 103

4.2.4 Samarbejde og kommunikation med hospitaler	34
4.3 Sundhed.dk	35
5. Kvalitetsudvikling i psykologpraksis.....	36
5.1 Rammer for kvalitetsudvikling.....	36
5.1.1 Regionernes strategi for kvalitet på praksisområdet	36
5.1.2 Indsatser på kvalitets – og efteruddannelsesområdet	37
5.2 Udvikling af Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) for psykologpraksis	38
5.3 Implementering af kliniske retningslinjer i psykologpraksis	38
5.4 Patientsikkerhed i psykologpraksis.....	38
5.4.1 Tiltag for at styrke patientsikkerheden	39
5.5 Efteruddannelse og kompetenceløft.....	39
5.6 Gruppebehandling.....	40
5.7. Praksiskonsulentens rolle i kvalitetsudviklingen	41
6. Bilagsfortegnelse	42
Bilag 1. Ordforklaring.....	43
Bilag 2. Vejledning til fordeling af kapacitet for psykologhjælp	45
Bilag 3 Grundbeskrivelse	49
Region Hovedstadens geografiske inddeling.....	50
Bilag 4. Undersøgelse af telefonisk tilgængelighed i psykologpraksis	83

Resumé

Denne praksisplan for psykologhjælp er Region Hovedstadens ramme for tilrettelæggelse og udvikling af regionens tilbud om psykologhjælp i perioden 2018-2021. Planen er udarbejdet i samarbejde mellem Region Hovedstaden og repræsentanter for de praktiserende psykologer.

Praksisplanen skal understøtte en hensigtsmæssig kapacitetsplanlægning, kvalitetsudvikling i psykologpraksis samt samarbejde mellem psykologpraksis og det øvrige sundhedsvæsen. Planen er inddelt i 3 hovedkapitler, der hver omhandler et af disse temaer. Der opstilles en række anbefalinger for hvilke tiltag, der skal gennemføres i planperioden indenfor disse områder.

Kapitel 1 beskriver Region Hovedstadens visioner og mål for fremtidens psykologpraksis. Desuden opridses grundlaget for praksisplanen, som det fremgår af Overenskomst om Psykologhjælp, der er indgået mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Dansk Psykologforening. I kapitel 2 beskrives rammerne for psykologers virke under overenskomsten, samt hvilke patientgrupper psykologer behandler med tilskud fra regionen.

Kapitel 3 omhandler Region Hovedstadens kapacitetsplanlægning. Her beskrives omfang og fordeling af psykologkapacitet i regionen, der ses på praksisstrukturer, på aktiviteten i psykologpraksis og på tilgængeligheden for borgerne.

Ved tildeling af ledige kapaciteter i planperioden vil der som supplement til de overenskomstmæssige krav blive lagt vægt på at skabe gode muligheder for samarbejde mellem psykologer og andre sundhedsydere gennem etablering af praksisfællesskaber og sundhedshuse.

I planperioden vil der også være fokus på at forbedre registreringen af ventetider på sundhed.dk. Ved at opnå mere retvisende data for ventetider til psykologpraksis kan dette bidrage til vurdering af behandlingskapacitet. Patientens fysiske, telefoniske og elektroniske tilgængelighed til psykologpraksis vil også være en prioritet i planperioden. Herunder skal der arbejdes på at opnå bedre information om klinikkernes tilgængelighed for mennesker med en funktionsnedsættelse gennem mærkningsordningen God Adgang, som regionen tilbyder gratis frem til udgangen af 2019.

Kapitel 4 omhandler samarbejdet og kommunikationen mellem psykologpraksis og det øvrige sundhedsvæsen. Det er især vigtigt, at psykologer er i tæt kontakt med praktiserende læger for at sikre koordinerede og sammenhængende patientforløb. Der vil i planperioden blive arbejdet med at udbrede brugen og kvaliteten af startbrev, korrespondancemeddelelser og epikriser mellem praktiserende læge og psykolog. Der vil endvidere være fokus på at sikre samarbejde med praktiserende speciallæger i psykiatri, børne- og ungdomspsykiatrien og relevante hospitalsafdelinger.

Planen sætter også fokus på patienten som aktiv samarbejdspart. Patienten skal være medbestemmende i sit eget forløb, og patienternes perspektiv skal inddrages, når praksisplanen implementeres gennem konkrete tiltag. Der skal desuden arbejdes med at udbrede patienternes kendskab til muligheden for at indrapportere utilsigtede hændelser i psykologpraksis.

Kapitel 5 omhandler kvalitetsudvikling i psykologpraksis. I regi af overenskomstens parter er der ved planperiodens begyndelse igangsat en udvikling af en version af den Danske Kvalitetsmodel tilpasset psykologpraksis. Når dette arbejde foreligger, vil der blive udviklet et standardsæt til brug for akkreditering i de enkelte psykologpraksis. I den mellemliggende tid vil der i Region Hovedstaden blive arbejdet videre med en række kvalitetsudviklingsindsatser, der vil understøtte implementeringen af DDKM.

Der vil desuden blive arbejdet med efteruddannelse og kompetenceløft for at opnå styrket kommunikation mellem psykologpraksis og andre behandlergrupper. Regionens praksiskonsulent vil fortsat bidrage til arbejdet med kvalitetsudvikling og efteruddannelse.

1. INDLEDNING

Denne praksisplan sætter mål og giver anbefalinger for tilrettelæggelse og udvikling af den fremtidige betjening af borgerne på psykologområdet i praksissektoren i Region Hovedstaden. Praksisplanen bygger videre på de udviklingslinjer, som blev fastlagt i Praksisplan for psykologhjælp 2014-2017, men peger samtidig på nye udfordringer, mål og anbefalinger.

Praksisplanen er udarbejdet i samarbejde mellem Region Hovedstaden og praktiserende psykologer i regionen.

1.1 Visioner og mål for fremtidens psykologpraksis i Region Hovedstaden

Sundhedsvæsenet er i konstant udvikling med generelt øgede krav til sammenhæng og kvalitet i behandlingen. Praksisplanen skal være med til at sikre en god udnyttelse af behandlingsressourcerne og sammenhængende forløb for patienterne på tværs af psykologpraksis, almen praksis, praktiserende speciallæger i psykiatri og hospitaler.

Parterne ønsker med praksisplanen at sikre, at psykologpraksis fortsat kan tilbyde høj kvalitet i behandlingen og i endnu højere grad blive en integreret del af det sammenhængende sundhedsvæsen. Det er vigtigt for patienternes forløb, at der sker en udvikling af kommunikation og samarbejde mellem praktiserende psykologer og øvrige sundhedsaktører, og det er vigtigt, at der mellem sundhedsaktørerne skabes et større gensidigt kendskab til fagområderne.

Som en del af det regionale sundhedsvæsen ønskes psykologpraksis udviklet efter følgende visioner:

Visioner for fremtidens psykologhjælp i Region Hovedstaden

- *God og lige adgang til praktiserende psykologer i hele regionen*
- *Praktiserende psykologer er en integreret del af sundhedsvæsenet og indgår i forpligtende tværfagligt og tværsektorielt samarbejde med fokus på sammenhængende forløb*
- *Praktiserende psykologer bidrager til, at patienterne modtager og oplever høj faglig kvalitet i behandling*
- *Praktiserende psykologer differentierer indsatsen i samarbejde med patienten ud fra dennes livsbetingelser, behov og ressourcer.*

Visionerne udgør en ramme for de mål og anbefalinger, som fremsættes i praksisplanen.

Praksisplanen er en del af regionens samlede sundhedsplan. Mål og anbefalinger for praktiserende psykologer er således i overensstemmelse med øvrig sundhedsplanlægning i regionen. Praksisplanen er udarbejdet inden for rammerne af den gældende overenskomst for psykologhjælp.

1.2 Planlægningsbestemmelser ifølge overenskomsten

Overenskomst om psykologhjælp er indgået mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Dansk Psykologforening. Overenskomsten sætter rammen for psykologernes behandlingsaktivitet og samarbejde med regionen, ligesom der indgår bestemmelser for udarbejdelse af praksisplan for psykologhjælp.

Boks 1: Overenskomstens bestemmelser om planlægning og kapacitet

§ 5. Praksisplanlægning

Stk. 1.

Regionen udarbejder en plan for tilrettelæggelsen af det fremtidige psykologtilbud i regionen.

Stk. 2.

Praksisplanlægningen danner grundlag for regionens beslutning om bl.a. behandlingskapacitet, placering af ydernumre, udviklingen i samarbejdet med øvrige sundhedstilbud og kvalitetsudvikling inden for rammerne i overenskomstperioden.

Stk. 3.

Indskrækning i antallet af ydernumre kan kun ske ved klinikindehaveres naturlige afgang eller i de tilfælde, hvor en klinikindehaver får frataget sit ydernummer som følge af manglende efterlevelse af overenskomstens bestemmelser. Ved naturlig afgang forstås, at psykologens ejerforhold ophører.

En indskrækning i antallet af ydernumre kræver indtil 30. juni 2019, at samarbejdsudvalget behandler den konkrete indskrækning, og at der i samarbejdsudvalget er enighed om dette.

Stk. 4.

Som en del af grundlaget for praksisplanen udarbejder regionen en beskrivelse af eksisterende psykologtilbud i regionen.

Stk. 5.

Regionens udkast til praksisplan forelægges samarbejdsudvalget med henblik på bemærkninger hertil. Psykologerne i samarbejdsudvalget kan i givet fald fremsætte selvstændige bemærkninger til udkastet til praksisplan. Bemærkningerne forelægges regionsrådet sammen med udkastet til praksisplan.

Stk. 6.

Den af regionsrådet vedtagne praksisplan fremsendes til samarbejdsudvalget og Landssamarbejdsudvalget til orientering.

1.3 Udarbejdelse og høring af praksisplan for psykologhjælp

Praksisplanen er udarbejdet af regionen med udgangspunkt i en projektbeskrivelse, som er godkendt i Udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde og i Samarbejdsudvalget vedr. psykologhjælp. Repræsentanter for de praktiserende psykologer har medvirket i tilrettelæggelse af arbejdet og tilblivelsen af planen gennem deltagelse i en styregruppe nedsat af samarbejdsudvalget.

Som led i praksisplanarbejdet har der været afholdt et inspirationsmøde med fokus på kommunikation og samarbejde med andre behandlere. Her deltog praktiserende psykologer, deres samarbejdspartnere i almen praksis, speciallægepraksis og hospitalspsykiatrien, samt repræsentanter for patienter og pårørende udpeget af Regionshandicaprådet og Patientinddragelsesudvalget i Region Hovedstaden.

Inspirationsmødets indlæg og drøftelser har bidraget til valg og prioritering af temaer i praksisplanens samarbejdsafsnit.

1.4. Implementering af praksisplanen

I forlængelse af praksisplanens godkendelse vil der blive foretaget en overordnet tidsmæssig prioritering af planens anbefalinger. Der vil desuden i planperioden blive udarbejdet årlige implementeringsplaner med henblik på at konkretisere de enkelte anbefalinger yderligere og prioritere hvilke opgaver der skal løftes i det kommende år.

1.5 Praksisplanens opbygning

I praksisplanens kapitel to beskrives bl.a. psykologfaget og praktiserende psykologers uddannelse, patienter og opgaver.

I kapitel tre beskrives kapacitet, aktivitet og tilgængelighed i psykologpraksis. Kapitel fire omhandler samarbejde, herunder behovet for større integration af psykologpraksis i det samlede sundhedsvæsen og ønsket om at fortsætte det tætte samarbejde om og med den enkelte patient.

Det afsluttende kapitel handler om kvalitetsudvikling i psykologpraksis.

I hvert kapitel beskrives de overordnede målsætninger for planperioden. Dette efterfølges af en beskrivelse af udfordringer og muligheder inden for hvert af områderne og anbefalinger til at nå de opsatte mål.

I grundbeskrivelsen, som udgør et bilag til praksisplanen, ses uddybende informationer og data om organisering og aktivitet i psykologpraksis. Alle kapacitets- og aktivitetstal i grundbeskrivelsen er tal for 2016 med mindre andet specifikt er angivet.

2. Psykologens opgaver og regler for tilskud til behandling

2.1 Psykologens opgaver og patientgrupper

Praktiserende psykologer tilknyttet overenskomst om psykologhjælp indgået mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Dansk Psykolog Forening tilbyder psykologhjælp enten som selvstændig behandling eller som supplement til en medicinsk behandling. Psykologhjælp kan eksempelvis være:

- Psykologbehandling
- Psykoedukation
- Støttende samtaler
- Rådgivning
- Kriseintervention

Psykologbehandling sker efter henvisning fra praktiserende læge. Ved opstart af behandling sender psykologen et startbrev til den praktiserende læge, og ved behandlingens afslutning sendes en epikrise til den praktiserende læge.

Det fremgår af overenskomstens formålsparagraf, at de praktiserende psykologer har en vigtig rolle i det danske sundhedsvæsen, og det er væsentligt, at psykologerne indgår i et tæt samarbejde med andre sundhedsfaglige aktører, navnlig de alment praktiserende læger.

De praktiserende psykologer, som er tilknyttet overenskomsten om psykologhjælp, kan tilbyde psykologhjælp med tilskud fra regionen til følgende persongrupper:

1. røveri-, volds- og voldtægts ofre
2. trafik- og ulykkes ofre
3. pårørende til alvorligt psykisk syge personer
4. personer ramt af en alvorligt invaliderende sygdom
5. pårørende til personer, der er ramt af en alvorligt invaliderende sygdom
6. pårørende ved dødsfald
7. personer, der har forsøgt selvmord
8. kvinder, der får foretaget provokeret abort efter 12. graviditetsuge. Psykologhjælp kan ydes forud for abortindgrebet, når anmodning om tilladelse til indgrebet er fremsendt til abortsamrådet
9. personer, der inden det fyldte 18. år har været ofre for incest eller andre seksuelle overgreb
10. personer med let til moderat depression, der er fyldt 18 år,
11. personer, der lider af let til moderat angst, herunder let til moderat OCD, og er mellem 18 og 38 år.

For at en person kan henvises til psykologbehandling jf. persongrupperne 1 - 9, skal den alvorlige livsbegivenhed have forårsaget udvikling af en psykisk patologisk reaktion med moderat nedsat funktionsevne.

Der ydes tilskud for indtil 12 konsultationer pr. behandlingsforløb for persongruppe 1-9, mens persongruppe 10-11 ved genhenvielse kan få tilskud til yderligere 12 konsultationer. Tilskud kan ydes til individuelle konsultationer, topersoners-konsultationer og gruppekonsultationer.

Regionens tilskud til psykologbehandling udgør 60 pct. af de honorarer, som er fastsat i overenskomsten.

De praktiserende psykologer kan, samtidig med varetage af psykologhjælp til henviste patienter med regionstilskud, behandle patienter uden tilskud/henvielse. Dette er ikke omfattet af overenskomsten om psykologhjælp.

2.2 Grænser for omsætning

Regionen yder tilskud til psykologhjælp for de 11 persongrupper nævnt ovenfor, og overenskomst om psykologhjælp sætter rammer for omfanget af de enkelte psykologers behandlingsaktivitet inden for overenskomsten.

Boks 2: Overenskomstens rammer for omfanget af psykologernes behandlingsaktivitet og omsætning vedr. tilskudsberettigede patienter

§ 7. Psykologer, der kan tiltræde overenskomsten (uddrag)

Stk. 1.

Psykologer der

a) mindst 22 timer ugentlig står til rådighed som privatpraktiserende psykolog, og som ikke har ansættelse i et omfang, der overstiger 15 timer.

§ 11. Minimumsafregning (uddrag)

Stk. 1.

Regionen foretager én gang årligt en opgørelse over det samlede antal ydelser og udgifter fordelt på de enkelte psykologer i regionen. Hvis en psykolog, der har haft sit ydernummer i minimum 3 år, har en årlig afregning med regionen under 50.000 kr. og fra 1. januar 2018 under 100.000 kr., skal regionen høre psykologen med henblik på at belyse årsagen til denne lave afregning.

Stk. 2.

Såfremt det lave afregningsniveau ikke er begrundet i størrelsen af klientgrundlaget i området, manglende henvisninger fra områdets praktiserende læger eller psykologens personlige forhold så som længerevarende sygdom eller barsel, kan regionen indstille til det regionale samarbejdsudvalg, at ydernummeret inddrages.

§ 12. Omsætningsgrænse

Stk. 1.

Psykologen kan omsætte for maksimalt 260.000 kroner (2015-prisniveau) for den del af den årlige afregning med regionen, som vedrører depressions- og angstbehandling (henvielsesårsag 10 og 11). Omsætningsgrænsen følger kalenderåret.

Stk. 2.

Psykologen er forpligtet til at følge omsætningen i egen praksis set i forhold til omsætningsgrænsen samt at fordele aktiviteten ud over hele året.

2.3 Psykologernes uddannelse og opnåelse af autorisation

Kandidatuddannelse i psykologi kan læses ved universiteterne i København, Odense (Syddansk Universitet) Aarhus og Aalborg, indtil 2004 var det også muligt at tage en kandidatgrad i pædagogisk psykologi ved Pædagogisk Universitet. Med en kandidatgrad i ovenstående specialer har man ret til at kalde sig og fungere som psykolog.

For at få ydernummer og praktisere for regionen under Overenskomst om psykologhjælp kræves udover kandidatuddannelse også autorisation og særlig psykologfaglig kompetence, herunder erfaring med behandling af de 11 målgrupper, som er omfattet af psykologordningen, og erfaring med opgaverne i privat praksis.

Autorisation meddeles af Psykolognævnet, som også fører tilsyn med autoriserede psykologer. For at opnå autorisation kræves kandidateksamen i psykologi og en nærmere bestemt supplerende praktisk uddannelse af to års varighed.

Der findes en lang række specialistuddannelser for psykologer, som udgør en yderligere overbygning på kandidatuddannelse. For arbejdet med de 11 målgrupper omfattet af Overenskomst om psykologhjælp er specialistuddannelserne i 'psykoterapi' og 'psykotraumatologi' særlig relevante.

Psykoterapiens genstandsfelt er psykologiske problemer ved emotionelle, kognitive, relationelle, adfærdsmæssige og somatiske problematikker, hvor kompetence inden for såvel udredning som behandling er central. Formålet med psykoterapien er for patienten at opnå øget autonomi og udvidelse af personlige muligheder samt bedre psykisk og social funktion.

Psykotraumatologi er den del af psykologien, der beskæftiger sig med menneskers symptomer og reaktioner efter udsættelse for traumatiske hændelser. Fagets interventions- og behandlingsmetoder har til formål at genetablere balance hos det enkelte individ eller i gruppen, herunder symptomlindring og forebyggelse af længerevarende reaktioner og ved senskader opnå bedring af psykisk og social funktion.

3. Kapacitet i psykologpraksis

Målsætninger

- At sikre den nødvendige kapacitet til psykologbehandling i psykologpraksis i regionen
- At de praktiserende psykologer er hensigtsmæssigt geografisk fordelt – idet der skal tages hensyn til målet om at understøtte lighed i sundhed
- At praksisstrukturen i psykologpraksis understøtter faglig udvikling og tværfagligt samarbejde
- At psykologpraksis er tilgængelige for borgerne, herunder for borgere med funktionsnedsættelse
- At borgerne har let adgang til oplysninger om tilgængeligheden i de enkelte praksis
- At patienter nemt kan komme i kontakt med praktiserende psykologer

I denne del af praksisplanen beskrives betjeningen med psykologhjælp til borgerne. Omfanget og fordelingen af psykologkapaciteten beskrives. Der ses på praksisstrukturen og på tilgængelighed for borgerne. Endelig ses der på aktivitet, herunder produktion og forbrug af psykologytelser.

3.1 Områdeinddeling i sundhedsplanlægning

Region Hovedstaden er i forhold til sundhedsplanlægning inddelt i fire planområder – Nord, Midt, Byen og Syd – hvilket svarer til Hospitals- og psykiatriplanens (2020) planområder. Dermed tilstræbes gennemsigtighed og sammenhæng i planlægningsgrundlaget på tværs af hospitaler, praksissektor og kommunale samarbejdspartnere. Hvert område er inddelt i en række planlægningsområder, som svarer til kommunerne med undtagelse af København, som er inddelt i 10 bydele. Københavns Kommunes bydele ligger dels i planområde Byen og dels i planområde Syd. I de efterfølgende tabeller og figurer er det valgt at adskille Bornholm fra Byen.

Tabel 1. Plan- og planlægningsområder i Region Hovedstaden

Planområde	Nord	Midt	Byen	Syd
Planlægningsområde	Allerød Kommune Fredensborg Kommune Frederikssund Kommune Gribskov Kommune Halsnæs Kommune Helsingør Kommune Hillerød Kommune Hørsholm Kommune	Ballerup Kommune Egedal Kommune Furesø Kommune Gentofte Kommune Gladsaxe Kommune Herlev Kommune Lyngby-Taarbæk Kommune Rudersdal Kommune Rødovre Kommune	Bispebjerg Bornholms Regionskommune Brønshøj-Husum Frederiksberg Kommune Indre by Nørrebro Vanløse Østerbro	Albertslund Kommune Amager Brøndby Kommune Dragør Kommune Glostrup Kommune Hvidovre Kommune Høje-Taastrup Kommune Ishøj Kommune Tårnby Kommune Valby Vallensbæk Kommune Vesterbro

Note: Amager Øst og Amager Vest fremstår samlet under Amager

Områdeinddelingen anvendes til at vise den aktuelle kapacitetsfordeling og til at beregne og vurdere behandlingskapacitet hos psykologerne i forhold til bl.a. antal borgere og patienter i de enkelte områder af regionen.

3.2. Eksisterende kapacitet i regionen og geografisk fordeling

En kapacitet inden for psykologpraksis defineres som en psykolog med et ydernummer, som har ret til at praktisere efter overenskomsten og dermed til at behandle patienter med offentligt tilskud. En kapacitet er ikke ensbetydende med en psykolog, som arbejder fuld tid med tilskudsberettigede patienter. Den praktiserende psykolog kan også behandle patienter uden offentligt tilskud.

Frem til 1.7.2017 kan en psykolog med ydernummer have en praksiskandidat¹ (psykolog under efteruddannelse) ansat. I 2015 var der 27 praksiskandidater ansat i psykologpraksis i Region Hovedstaden. Praksiskandidaten udfører behandling inden for ydernummerpsykologens kapacitet. Bortset herfra kan der, inden for en kapacitet, ikke afregnes for behandling udover den behandling ydernummerpsykologen selv udfører.

Regionerne har siden 2011 haft kompetencen til at fastsætte kapaciteten.

Der er sket en kapacitetsudvidelse i forbindelse med overenskomstfornyelserne i 2008 og i 2011 med i alt 53 kapaciteter med henblik på at kompensere for udvidelse af patientantallet i forbindelse med udvidelsen af personkredsen, som er tilskudsberettiget ved diagnoserne let til moderat depression og let til moderat angst og OCD.

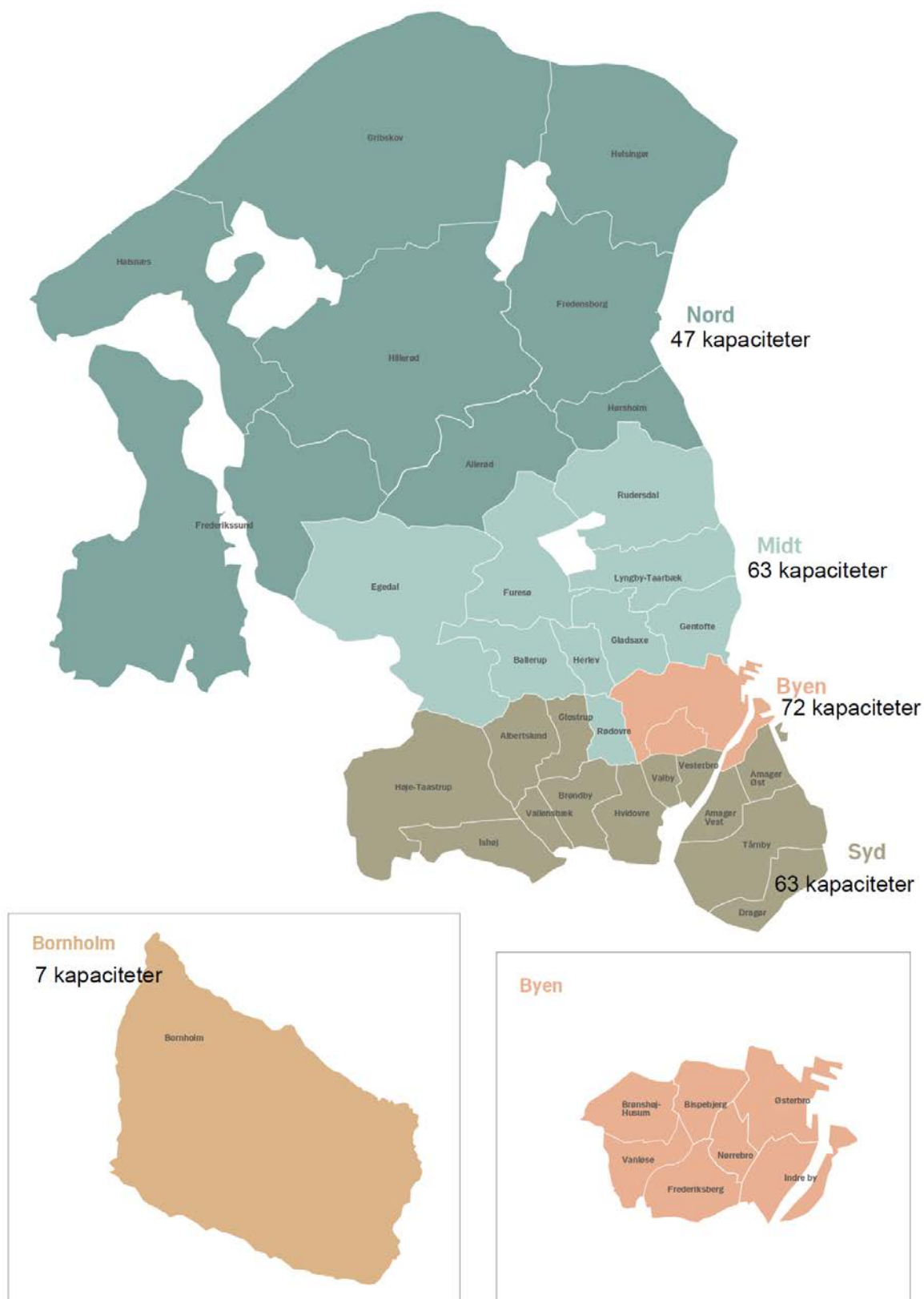
Praksisplan for psykologhjælp 2014-2017 fastsatte kapaciteten til 256 psykologkapaciteter. Da der løbende er psykologer, som ophører bl.a. pga. pensionering, vil der løbende blive ledige kapaciteter. Ledige kapaciteter går ved psykologens ophør tilbage til regionen, og samarbejdsudvalget i regionen tager stilling til om, og hvor i regionen kapaciteterne skal genopslås. Praksisplanens kapacitetsopgørelse tager udgangspunkt i antallet af aktive kapaciteter pr. 1. september 2016. På dette tidspunkt var der 252 aktive psykologkapaciteter i Region Hovedstaden.

3.2.1 Kapacitetens geografiske fordeling i regionen

Fordelingen af de 252 kapaciteter i regionen fremgår af figur 1.

¹ Der har i psykologpraksis fungeret en praksiskandidatornning, som nu er suspenderet jævnfør den seneste overenskomst. Et antal psykologpraksis har frem til og med 1.7.2017 haft tilknyttet praksiskandidater/psykologer i uddannelse i praksis

Figur 1. Oversigt over plan- og planlægningsområder i Region Hovedstaden



Tabel 2. Psykologkapacitet i forhold til antal borgere fordelt på planområder

Planområde	Antal kapaciteter 2016	Antal borgere 2016	Antal borgere pr. kapacitet 2016
Bornholm	7	39.631	5.662
Byen	72	458.994	6.375
Midt	63	452.994	7.190
Nord	47	319.309	6.794
Syd	63	529.659	8.407
Hovedtotal	252	1.800.587	7.145

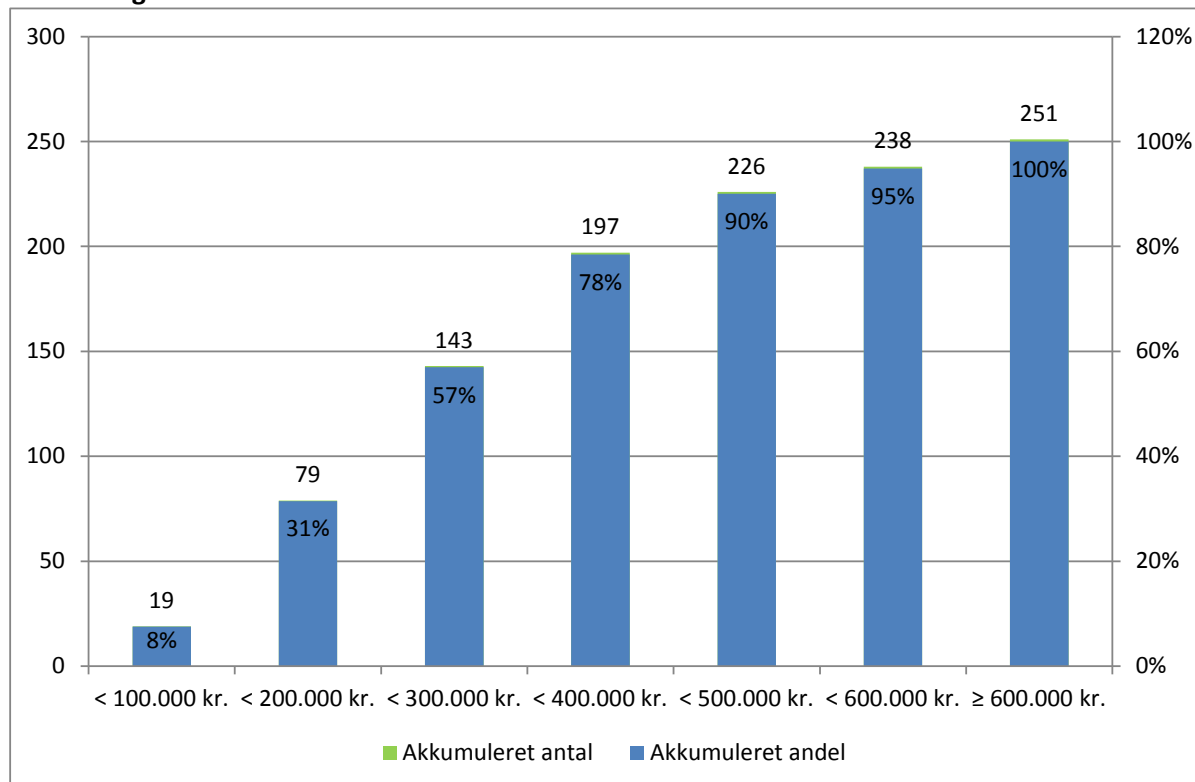
Kilde: NOTUS Regional: antal kapaciteter pr. 1/9 2016, og Targit: antal borgere (sikrede) pr. 1/12 2016

De 252 kapaciteter er ikke helt jævnt fordelt i forhold til befolkningens fordeling i regionen. Der ses særlig i planområderne Bornholm og Byen at være færre borgere pr. kapacitet. Psykologerne behandler imidlertid ikke kun borgere med bopæl i nærhed af deres praksis. Af grundbeskrivelsens tabel 15 ses, at der sker en omfattende pendling blandt patienterne.

3.2.2. Kapacitet og behandlingsressourcer

Der er stor forskel på, hvor stor behandlingsaktivitet psykologerne har vedr. tilskudsberettigede patienter. Dette fremgår af psykologernes omsætning/honorarer, dvs. det tilskud, som regionen yder til patienternes behandling, i det efterfølgende benævnt 'omsætning'.

Figur 4. Akkumuleret omsætning i psykologpraksis i relation til overenskomsten fordelt på omsætningsintervaller 2016



Kilde: Targit: Produktion (Bruttohonorar) 2016 (trukket den 14/6 2017)

Note: Figuren viser, at 95 pct. af samtlige psykologpraksis, svarende til 238 praksis, har en omsætning under 600 t.kr. Kun 5 pct., svarende til 13 praksis, har en omsætning over 600 t.kr.

I 2016 havde 8 pct. af psykologerne en omsætning under 100.000 kr. For størstedelen af psykologerne (82 %) lå omsætningen mellem 100.000 kr. og 500.000 kr., mens 10 % havde en omsætning over 500.000 kr. Praksiskandidater kan ses som en ekstra behandlingsressource i praksis, men når der ses på omsætningens udvikling i praksis med praksiskandidater, kan der ikke påvises et entydigt mønster i form af forøget omsætning i de enkelte praksis som følge af ansættelse af en praksiskandidat.

Krav om årlig minimumsafregning

Den seneste overenskomst indeholder skærpede krav til psykologernes årlige minimumsafregning med regionen. Minimumsgrænsen på fremover 100.000 kr. pr. år træder i kraft fra januar 2018. Det ses af figur 2, at 8 pct. af psykologerne lå under denne omsætning i 2016. Skærpelsen af kravene om minimumsafregning hænger bl.a. sammen med forventningen om, at større patientvolumen/større patientflow af tilskudsberettigede patienter giver bedre kvalitet i behandlingen, idet praksis derved får et bedre erfaringsgrundlag.

Der kan være flere grunde til at psykologer har en relativ lav omsætning. Jf. overenskomstens § 11 kan samarbejdsudvalget se bort fra en omsætning under minimumsafregningen, hvis følgende årsager gør sig gældende:

- Personlige forhold så som længerevarende sygdom eller barsel
- Manglende henvisninger fra områdets praktiserende læger
- Lille patient/kundeunderlag i psykologklinikens lokalområde – for mange psykologer i samme område.

- Psykologen har tiltrådt overenskomsten inden for de sidste 3 år og derfor ikke nået at oparbejde sin praksis.

Såfremt det lave afregningsniveau ikke er begrundet i ovenstående, men fx i psykologens ønske om kort arbejdstid i forbindelse med nedtrapning pga. alder eller ønske om at betjene en vis andel af patienter, som ikke er tilskudsberettigede, kan samarbejdsudvalget inddrage ydernummeret. Sådanne sager skal indbringes for landssamarbejdsudvalget.

Overenskomstens krav til behandlingsaktivitet for tilskudsberettigede patienter omfatter udover kravet om minimumsomsætning også, at psykologer skal stå til rådighed mindst 22 timer ugentlig (overenskomsten § 7).

Udviklingen i psykologernes behandlingsaktivitet i relation til kravet om minimumsomsætning og rådighedsforpligtelse følges i planperioden. Parterne er enige om at følge op i forhold til de praksis, som ikke opfylder overenskomstens krav til behandlingsaktivitet med henblik på, at psykologkapaciteten anvendes til gavn for tilskudsberettigede patienter og dermed at ventetid til behandling bliver så kort som mulig.

3.2.3. Vurdering og fordeling af psykologkapaciteten i regionen

Det fremgår af overenskomst om psykologhjælp, at praksisplanen skal indeholde grundlag for regionens beslutning om behandlingskapacitet samt grundlag for placering af psykologkapaciteter.

Samarbejdsudvalget har mulighed for at kommentere planen og dermed kapacitetsvurderingen inden regionens endelige beslutning².

Praksisplanen skal således fastlægge rammerne for geografisk fordeling af eventuelle nye eller ledige kapaciteter og for flytning af kapaciteter. Inden for praksisplanens rammer træffer samarbejdsudvalget løbende beslutninger om disse forhold. Som opfølgning på en tidligere praksisplan har samarbejdsudvalget i 2012 godkendt en vejledning om geografisk fordeling af kapacitet og retningslinjer for flytning³.

Nedenfor er beskrevet henholdsvis metode for vurdering af den samlede kapacitet i psykologpraksis og for geografisk fordeling af psykologkapaciteten.

Vurdering af den samlede psykologkapacitet

Tidligere vurderinger (praksisplan for psykologhjælp 2014-2017) lægger vægt på udviklingen i behandlingsaktivitet pr. psykolog, stigning i ventetid til behandling, befolkningstilvækst, antal behandlede patienter og ændringer i overenskomsten som medfører udvidelse af personkredsen for behandling. Denne metode til vurdering af kapaciteten videreføres i denne planperiode.

Til vurdering af den samlede psykologkapacitet benyttes således følgende parametre:

- Antal psykologkapaciteter (behandlingsressourcer)
- Antal patienter årligt behandlet pr. psykolog – gennemsnit (behandlingsaktivitet)
- Antal sikrede borgere (befolkningsunderslaget)
- Antal årligt behandlede patienter (andel af befolkningen som henvises til psykolog)
- Antal ydelser pr. patient – gennemsnit (patienttyngde)

² Overenskomst om psykologhjælp § 5.

³ 'Vejledning til fordeling af kapacitet for psykologhjælp' ses i Bilag 2.

Punkt nr. 17 - Godkendelse af Praksisplan for psykologhjælp 2018-2021

Bilag 2 - Side -17 af 103

- Bruttohonorar pr. patient

Ventetid kan på sigt udgøre en faktor i vurdering af behandlingskapaciteten. Hidtil har data om ventetid til psykologhjælp dog ikke været retvisende og fyldestgørende. Dette skyldes dels ufuldstændig registrering på sundhed.dk, dels tekniske problemer ved den overenskomstpligtige opdatering af ventetidsinformationen på sundhed.dk. Når de tekniske problemer omkring ventetidsregistrering/opdatering på sundhed.dk er løst, bør det overvejes, hvordan denne faktor kan inddrages i vurderingen af behandlingskapaciteten.

I tabel 3 herunder ses udviklingen fra 2012-2016 i de foreslåede nøgletal.

Tabel 3. Udvikling i udvalgte nøgletal i perioden 2012-2016

	2012	2013	2014	2015	2016
Antal patienter	25.159	25.468	25.895	25.804	25.333
Antal borgere (sikrede)	1.723.606	1.742.657	1.760.667	1.781.225	1.800.587
Antal patienter pr. kapacitet	98	100	101	101	101
Antal ydelser pr. patient	6,0	5,9	5,8	5,8	5,9
Brutto Honorar pr. patient	kr. 2.899	kr. 2.889	kr. 2.856	kr. 2.888	kr. 2.926

Targit: Antal borgere (sikrede) pr. 1/12 2012-2016, patienter, ydelser og brutto honorar 2012-16 (trukket den 14/6 2017).

Kilde: NOTUS Regional: Antal kapaciteter pr. 1/12 2012-2016 (trukket den 9/6 2017)

Antallet af kapaciteter har i perioden 2012-2015 været 256 (inklusive ledige kapaciteter).

Der er i perioden 2012-2016 ikke tilført nye persongrupper, som kan henvises til psykologhjælp, men antallet af borgere og af henviste patienter er steget.

Antallet af ydelser pr. patient har været svagt faldende fra 6 i 2012 til 5,8 i 2015, hvilket er baggrunden for at flere patienter har kunnet modtage psykologbehandling i 2015 end i 2012.⁴ (I antallet af ydelser pr. patient ligger også patienter, som kun har modtaget 1 behandling.) Med udgangspunkt i udviklingen i nøgletallene for de udvalgte parametre vurderes det, at der er balance mellem den eksisterende kapacitet og behovet for psykologhjælp.

Anbefalinger:

- At samarbejdsudvalget følger udviklingen i psykologernes omsætning jf. overenskomstens krav om øget minimumsomsætning med henblik på at sikre, at psykologkapaciteten anvendes til gavn for tilskudsberettigede patienter, og at ventetid til behandling bliver så kort som mulig.
- At kapaciteten revurderes, såfremt der sker væsentlige ændringer i nøgletallene for de beskrevne parametre.
- At psykologernes registrering og opdatering af ventetid på sundhed.dk følges og forbedres i planperioden.

Geografisk fordeling af psykologkapaciteten

Der er mulighed for at ændre på den geografiske fordeling af psykologkapaciteten, når kapaciteter bliver ledige og når psykologer ansøger om flytning af deres praksis.

⁴ Antallet af ydelser pr. patient er inkl. patienter, som ikke modtager et behandlingsforløb men kun en enkelt ydelse

Fordeling af ledige kapaciteter

Når en psykolog ophører med at praktisere under overenskomsten går kapaciteten tilbage til regionen og samarbejdsudvalget beslutter med udgangspunkt i praksisplanen, om og hvor i regionen kapaciteten kan genbesættes.

Siden 2012 har udgangspunktet beskrevet i praksisplanerne været, at der skal tilstræbes en ligelig fordeling i forhold til befolkningsgrundlaget af praksis i regionen samt god tilgængelighed for personer med funktionsnedsættelse. Således indebærer metoden til fordeling af ledig kapacitet som hovedredskab en opgørelse af antal borgere pr. kapacitet i regionens planområder (Midt, Nord, Byen og Syd) og i de enkelte planlægningsområder (kommuner og bydele i Københavns Kommune). Af denne opgørelse fremgår forskelle i afstandsmæssig tilgængelighed til psykologhjælp. Lighed i tilgængelighed til psykologhjælp mellem planområderne (Byen, Midt, Nord og Syd) vurderes som mere væsentligt end lighed i tilgængelighed til psykologhjælp mellem de enkelte planlægningsområder. Dette suppleres med en gennemsnitlig omsætning pr. psykolog og patienternes pendlingsmønster ved brug af psykolog. Dette har udgjort grundlag for samarbejdsudvalgets beslutninger i fordeling af ledige kapaciteter i den forgangne planperiode. Hovedlinjerne i den hidtil anvendte metode videreføres i denne praksisplan.

Flytning af praksis

Når psykologer ansøger om at flytte praksis til ny adresse inden for samme planlægningsområde, vurderes ansøgningen i forhold til praksislokalernes tilgængelighed for personer med funktionsnedsættelse j.f. overenskomstens § 19. Når psykologer ansøger om at flytte praksis til et andet planlægningsområde eller planområde, skal sagen forelægges samarbejdsudvalget. I disse sager tager samarbejdsudvalget udgangspunkt i samme forhold, som vurderes ved geografisk placering af ledige kapaciteter

Et supplerende hensyn i afgørelsen af flyttesager kan være, om psykologen ændrer praksisform eller flytter til praksisfællesskab med andre behandlergrupper. Det kan vægte positivt, hvis psykologen flytter til et praksisfællesskab eller sundhedshus med andre behandlergrupper.

Hovedlinjerne i den hidtil anvendte fremgangsmåde videreføres i denne praksisplans virkeperiode.

Anbefalinger:

- At den hidtidige vejledning vedr. fordeling og flytning af kapacitet for psykologhjælp videreføres med opdatering i forhold til ændringer i Overenskomst om psykologhjælp.

3.3. Forbrug og produktion af psykologbehandling

Som tabel 4 nedenfor viser, er der mindre variationer i borgernes forbrug af psykologhjælp på tværs af planområderne. Der ses størst forbrug af psykologhjælp pr. borger i planområde Byen og mindst på Bornholm.

Tabel 4. Borgernes forbrug af psykologhjælp fordelt på planområder, 2016

Planområder	Antal patienter pr. 1.000 borgere 2016	Antal ydelser pr. 1.000 borgere 2016	Brutto Honorar pr. 1.000 borgere 2016	Andel patienter ift. antal borgere 2016
Bornholm	10	63	kr. 31.350	1,0%
Byen	16	95	kr. 47.718	1,6%
Midt	13	73	kr. 36.488	1,3%
Nord	14	80	kr. 39.872	1,4%
Syd	15	82	kr. 40.995	1,5%
Hovedtotal	14	82	kr. 41.164	1,4%

Kilde: Targit: Antal borgere (sikrede) pr. 1/12 2016 (trukket den 14/6 2017)

Forbrug (Antal ydelser, bruttohonorar, antal patienter) 2016 (trukket den 14/6 2017)

Grundbeskrivelsens tabel 5-7 beskriver de geografiske variationer i borgernes forbrug af psykolog og heraf fremgår, at der inden for planområderne, dvs. mellem de enkelte planlægningsområder, er stor forskel på borgernes forbrug af psykologhjælp.

Det ses også af Grundbeskrivelsen hvilke aldersgrupper, der forbruger mest psykologhjælp.

Grundbeskrivelsens Figur 7 viser, at størstedelen af psykologernes patienter ligger i aldersgruppen 20-40 år efterfulgt af aldersgruppen 40-60 år. Der er kun få patienter under 20 år, hvilket formentlig skyldes, at de store henvisningsgrupper, gruppe 10 og 11, er afgrænset til personer over 18 år.

Behandlingsaktiviteten (forbrug) for psykologhjælp i Region Hovedstaden adskiller sig ikke meget fra behandlingsaktiviteten i de øvrige regioner. Jf. tabel 5 nedenfor ligger behandlingsaktiviteten i Region Hovedstaden meget nær landsgennemsnittet.

Tabel 5. Psykologhjælp (forbrug) i hele landet, 2016

Planområder	Antal patienter pr. 1.000 borgere 2016	Antal ydelser pr. 1.000 borgere 2016	Brutto Honorar pr. 1.000 borgere 2016	Andel patienter ift. antal borgere 2016
Region Hovedstaden	14	82	kr. 41.164	1,4%
Region Midtjylland	14	81	kr. 42.202	1,4%
Region Nordjylland	16	93	kr. 46.556	1,6%
Region Sjælland	15	79	kr. 39.752	1,5%
Region Syddanmark	15	83	kr. 42.615	1,5%
Hovedtotal	15	83	kr. 42.113	1,5%

Kilde: Targit: Antal borgere (sikrede) pr. 1/12 2016 (trukket den 14/6 2017)

Forbrug (Antal ydelser, bruttohonorar, antal patienter) 2016 (trukket den 14/6 2017)

3.3.1. Henvisningsgrupper i psykologpraksis

Almen praksis har mulighed for at henvise i alt 11 forskellige persongrupper til psykologhjælp med tilskud⁵. Der er stor forskel på omfanget af ydelser til de enkelte persongrupper. Gruppe 10 - let til moderat depression - er den persongruppe, som modtager flest ydelser hos de praktiserende psykologer. Næstfleste ydelser modtages af Gruppe 11- personer med let til moderat angst.

⁵ De 11 henvisningsgrupper beskrives i afsnit 1.,

Tabel 6. Antal ydelser fordelt på henvisningsgrupper opdelt på planområder 2016

Henvisningsgrupper	Planområde					Hovedtotal
	Bornholm	Byen	Midt	Nord	Syd	
1 - Røveri-, volds- og voldtægts ofre	105	2.020	1.756	959	1.956	6.796
2 - Trafik- og ulykkes ofre	42	597	640	344	752	2.375
3 - Pårørende til alvorligt psykisk syge personer	133	3.827	2.940	2.165	2.875	11.940
4 - Personer ramt af en alvorligt invaliderende sygdom	251	4.314	3.801	3.359	3.936	15.661
5 - Pårørende til personer, der er ramt af en alvorligt invaliderende sygdom	248	4.335	3.377	2.475	3.432	13.867
6 - Pårørende ved dødsfald	231	5.086	3.718	2.839	4.434	16.308
7 - Personer, der har forsøgt selvmord	10	190	184	113	134	631
8 - Kvinder, der får foretaget provokeret abort efter 12. graviditetsuge. Psykologhjælp kan ydes forud for abortindgrebet, når anmodning om tilladelse til indgrebet er fremsendt til abortsamarrådet		251	53	41	119	464
9 - Personer, der inden det fyldte 18. år, har været ofre for incest eller andre seksuelle overgreb	91	562	281	406	516	1.856
10 - Personer med let til moderat depression, der er fyldt 18 år	1.129	16.197	14.179	10.630	15.260	57.395
11 - Personer, der lider af let til moderat angst, herunder let til moderat OCD, og er mellem 18 og 38 år	241	8.248	4.708	2.912	5.628	21.737
Hovedtotal	2.481	45.627	35.637	26.243	39.042	149.030

Kilde: Targit: Produktion (Antal ydelser fordelt på henvisningsgrupper) 2016 (trukket den 14/6 2017)

3.4. Praksisformer i psykologpraksis

Alle praktiserende psykologer i Region Hovedstaden er registreret som enkeltmandspraksis. Jf. overenskomsten kan psykologer også tilrettelægge deres praksis flere sammen i form af kompagniskabspraksis eller indgå mindre omfattende samarbejder som samarbejdspraksis. Disse praksisformer beskrives i overenskomstens § 8.

Foruden monofaglige fællesskaber i form af kompagniskabspraksis og samarbejdspraksis er der mulighed for, at psykologer kan indgå i tværfaglige praksisfællesskaber med andre behandlere i praksissektoren eller med andre behandlere i andre dele af sundhedsvæsenet for eksempel i kommunale sundhedshuse.

Boks 4: Praksisfællesskaber i Region Hovedstaden

Et praksisfællesskab forstås i Region Hovedstaden som flere ydere inden for praksissektoren, der går sammen i et fællesskab, gerne på tværs af faggrupper. Fællesskabet kan tillige omfatte kommunale sundhedstilbud og evt. med inddragelse af det sekundære sundhedsvæsen.

Det er forventningen, at etablering af praksisfællesskaber vil indebære en fordel i relation til at udnytte fælles faciliteter, samt medvirke til etablering af faglige miljøer og tværfaglige samarbejdsrelationer.

Det vurderes, at miljøet i større praksisfællesskaber er fordrende for arbejdet med kvalitetsudvikling og implementering af Den Danske Kvalitetsmodel. Derudover smidiggør større praksisfællesskaber også en række praktiske problemstillinger i forbindelse med sygdom, ferie med videre.

Etablering af praksisfællesskaber mellem psykologer og andre behandlergrupper forventes endvidere at kunne muliggøre øget oplevelse af sammenhæng i patientforløb for patienterne.

Andre praksisformer kan ligeledes være organiseret således, at høj faglig kvalitet og samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen understøttes.

Der er ikke konkret viden om, i hvilket omfang praktiserende psykologer i Region Hovedstaden indgår i formaliserede samarbejder med hinanden eller med andre behandlergrupper. Nogle psykologer tager forbehold for det ønskelige i lokale fællesskaber med andre behandlere, fordi en del patienter synes at foretrække diskretion vedr. deres brug af psykologhjælp og derfor gerne vil være alene i venteværelse.

For at understøtte målet om at øge andelen af praksisfællesskaber skal der tages højde for muligheden for, at psykologpraksis kan placeres i tilknytning til andre sundhedstilbud, som fx sundhedshuse, ved geografisk placering af eventuelle nye kapaciteter, samt løbende ved fx flytninger.

Anbefalinger:

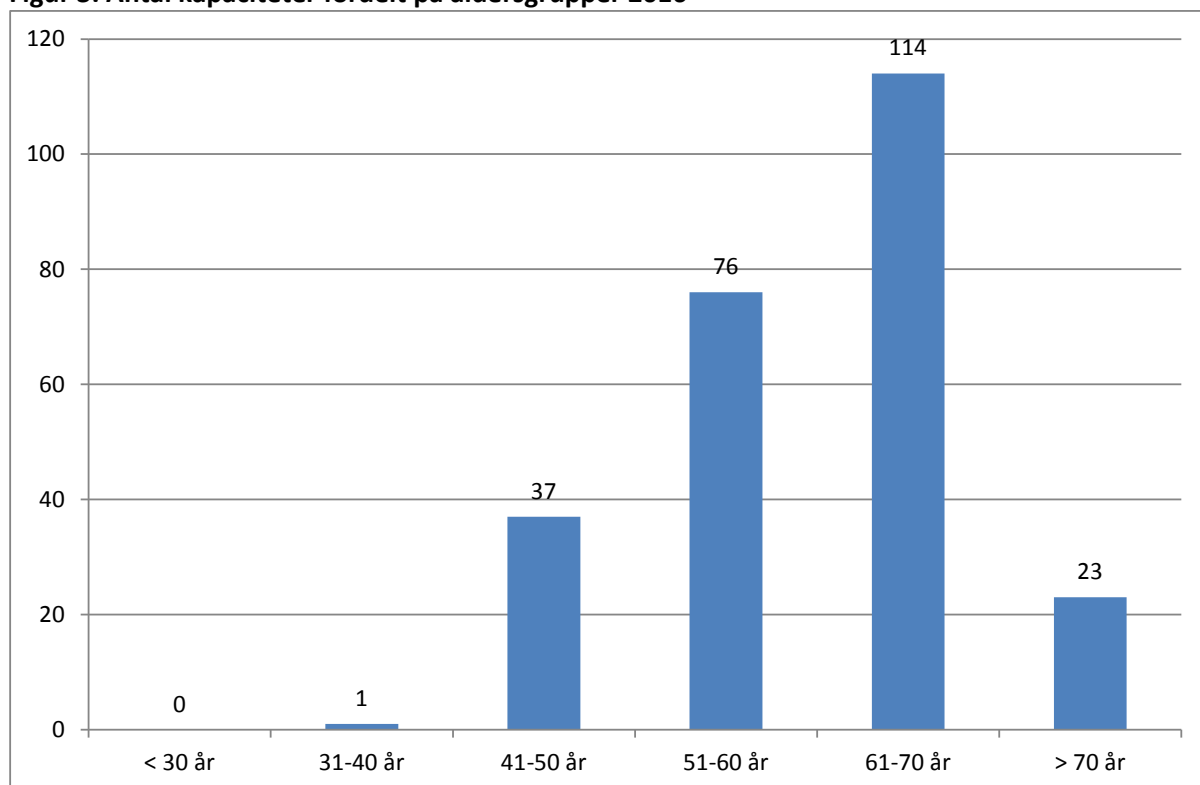
- Omfanget af formaliseret samarbejde mellem psykologer og samarbejde mellem psykologer og andre behandlergrupper kortlægges
- Ved tildeling af nye kapaciteter lægges der vægt på, at flere psykologer praktiserer i fællesskab med andre behandlere, og ved etablering af sundhedshuse og andre behandlerhuse i regionen indtænkes psykologpraksis, når relevant

3.5. Alder og køn

Mange psykologer nedsætter sig som praktiserende psykologer i den sidste del af deres arbejdsliv. Gennemsnitsalderen blandt de praktiserende psykologer i regionen er derfor høj. Lidt over halvdelen af de praktiserende psykologer i Region Hovedstaden er fyldt 60 år. Omkring 80 pct. af psykologerne er kvinder.

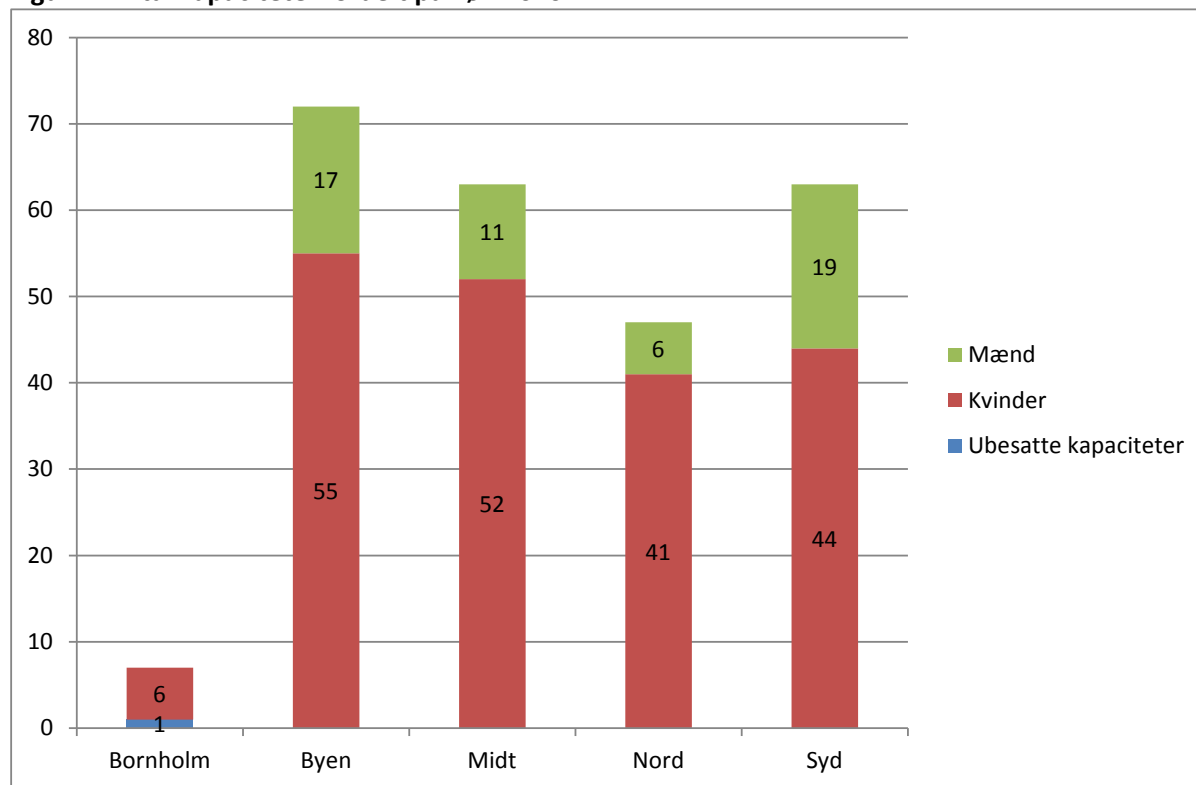
Ud fra et patientperspektiv kan det være relevant, at have adgang til psykologer med forskellige aldre og køn. Det anses derfor som hensigtsmæssigt at arbejde frem mod en større spredning i alder og køn.

Figur 3. Antal kapaciteter fordelt på aldersgrupper 2016



Kilde: NOTUS Regional: Antal kapaciteter pr. 1/9 2016 fordelt på alder (trukket den 9/6 2017)

Figur 4. Antal kapaciteter fordelt på køn 2016



Kilde: NOTUS Regional: Antal kapaciteter pr. 1/9 2016 fordelt på køn (trukket den 9/6 2017)

3.6. Tilgængelighed i psykologpraksis

Det er en væsentlig overordnet målsætning for regionen fortsat at prioritere god tilgængelighed i psykologpraksis, herunder tilgængelighed for borgere med funktionsnedsættelse. Samtidig er det et ønske at sikre opdaterede oplysninger til borgerne om tilgængeligheden, så borgere med funktionsnedsættelse kan vælge behandlere ud fra kendskab til forholdene i den enkelte praksis. Desuden er det vigtigt, at patienterne, der har behov for psykologhjælp, nemt kan komme i kontakt med psykologpraksis.

3.6.1. Tilgængelighed for personer med funktionsnedsættelse

Tilgængelighed er et nøglebegreb i arbejdet med at skabe bedre forhold og øget valgfrihed for personer med funktionsnedsættelse. God tilgængelighed betyder i denne sammenhæng, at personer med funktionsnedsættelse kan få adgang til samme ydelser og fysiske færdene som personer uden funktionsnedsættelse.

Ifølge FN's Handicapkonvention, som Danmark ratificerede i 2009, er der en pligt til at fremme adgangen for personer med funktionsnedsættelse til fysiske omgivelser, som er tilgængelige for offentligheden.

Parterne er enige om at fokusere på forbedring af tilgængeligheden for borgere med funktionsnedsættelser samtidig med, at oplysninger til borgerne om tilgængeligheden skal forbedres og prioriteres.

Fysisk tilgængelighed

Overenskomsten beskriver rammerne for de praktiserende psykologers forpligtelser vedr. den fysiske tilgængelighed til praksis.

Boks 5: Overenskomstens bestemmelser om fysisk tilgængelighed

§ 19. Retningslinjer for handicapvenlig adgang

Stk. 1.

Ved etablering af nye kliniklokaler i forbindelse med tiltrædelse af overenskomsten, ved nybygning, flytning og væsentlig ombygning af praksis skal der være handicapadgang i overensstemmelse med byggelovgivningens regler på området, dog skal der samtidig tages stilling til det konkrete behov for handicapforbedrende tiltag under specifik hensyntagen til de økonomiske konsekvenser for psykologen hermed.

Stk. 2.

Der skal i forbindelse med vurderingen af den handicapvenlige adgang ved tiltrædelse af overenskomsten i nye lokaler og ved ansøgning om flytning tages hensyn til de eksisterende lokaleforhold i det område, som ydernummeret er knyttet til.

Stk. 3.

I forbindelse med tiltrædelse af overenskomsten, hvor psykologen allerede har etableret kliniklokaler, kan der ikke stilles krav om forbedring af adgangsforholdene forud for tiltrædelse.

I forlængelse af ovenstående er praktiserende psykologer i Region Hovedstaden forpligtede til at afgive oplysninger om den fysiske tilgængelighed i forbindelse med flytning. Der er udviklet et skema om klinikkens indretning og adgangsforhold, som bygger på byggelovgivningens regler om tilgængelighed. Dette skema udfylder psykologen i forbindelse med flytning af praksis.

Med udgangspunkt i de praktiserende psykologers egne vurderinger af tilgængeligheden, som oplyses til borgerne på praksisdeklarationen via sundhed.dk, har 94 praksis adgangsforhold, der er egnede for personer med funktionsnedsættelse, mens 37 praksis har egnede toiletforhold (jf. tabel 7 nedenfor).

Tabel 7: Antal psykologpraksis med adgang egnede for personer med funktionsnedsættelse, egnede toiletforhold og 'god adgang mærke'

Planområde	Antal med handicapvenlig adgang	Antal med handicap toilet	Antal mærket med "God adgang"
Bornholm	3	1	
Byen	29	10	1
Midt	22	12	3
Nord	22	9	1
Syd	18	5	2
Hovedtotal	94	37	7

Kilde: Undersøgelse af telefonisk tilgængelighed i psykologpraksis, Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, 2016. I undersøgelsen kortlægges også psykologernes oplysninger om fysisk tilgængelighed i praksisdeklarationen på sundhed.dk.

Tilgængelighed for personer med funktionsnedsættelse prioriteres som et væsentligt element i afgørelser om flytninger og nynedsættelser af praktiserende psykologer. Denne praksis fastholdes i planperioden. Derudover skal der i planperioden arbejdes på yderligere indsatser for at øge tilgængeligheden til psykologpraksis, og fremskridtet i psykologernes tilgængelighed for borgere med funktionsnedsættelser skal følges.

God Adgang tilgængelighedsmærkning

Region Hovedstaden tilbyder i perioden 2015-2019, at alle praktiserende behandlere med ydernummer i regionen kan blive tilgængelighedsmærket ved mærkeordningen 'God Adgang'. Dermed tilbydes en gratis mulighed for at få en uvildig vurdering af adgangen til praksis samt forslag til, hvordan tilgængeligheden kan forbedres.

God Adgangs tilbud til behandlere indeholder følgende:

- En udførlig beskrivelse med status over klinikkens tilgængelighed for patienter med forskellige funktionsnedsættelser, omfattende kørestolsbrugere, gang-, arm- og håndhandicappede, synshandicappede, hørehandicappede, udviklingshandicappede, mennesker med læsevanskeligheder og allergikere, baseret på mærkeordningen God Adgang
- Mulighed for at give nuværende og kommende patienter information om adgangsforholdene i praksis
- Konkrete anbefalinger til forbedringer af tilgængeligheden til praksis

Regionens tilbud til de private behandlere er frivilligt. Reguleringen af krav til tilgængeligheden er beskrevet i overenskomsten, samt af tilgængelighedsbestemmelserne i byggelovgivningen. Som det ses af ovenstående tabel, har 7 praksis opnået god adgang mærkning.

Regionen ønsker, at samarbejdsudvalget løbende følger udviklingen i tilgængeligheden for personer med funktionsnedsættelse i psykologpraksis gennem status for tilmeldinger til og status i mærkeordningen God

Adgang, samt at psykologernes praksisdeklarationer holdes opdaterede med information om tilgængelighed for personer med funktionsnedsættelse.

3.6.2. Telefonisk og elektronisk tilgængelighed.

Patienter der har behov for psykologhjælp skal nemt kunne komme i kontakt med psykologpraksis. Overenskomsten fastsætter ikke nærmere krav til omfanget af eller tidspunktet for den enkelte praksis' telefontid. Ligeledes er der ikke krav om, at praksis skal være elektronisk tilgængelig for patienterne. Derimod fastsætter overenskomsten krav om, at oplysningerne om henvendelsesmuligheder er opdaterede og let tilgængelige for borgerne via praksisdeklarationen på sundhed.dk, så patienternes valg af psykolog lettes.

Boks 6: Overenskomstens bestemmelser vedr. oplysning om telefonisk og elektronisk tilgængelighed

Uddrag af overenskomstens § 16: Information til brug for valg af psykolog (Praksisdeklaration)

Stk. 2: "Psykologen er forpligtet til at vedligeholde egne oplysninger i praksisdeklarationen. Oplysningerne redigeres på sundhed.dk, og der logges på med brug af digital signatur."

Stk. 3 (Uddrag):

Psykologen skal selv oplyse:

"- Hvis praksis tilbyder elektronisk kommunikation med patienterne, herunder tidsbestilling- og aflysning og oplysning om hvordan man som patient får adgang til at anvende dette (hjemmeside og e-mailadresse)"

"- Aktuelle konsultations- og telefontider."

"- Oplysning om ferie og længerevarende fravær, sygdom og kurser mv."

"ANMÆRKNING TIL § 16, STK. 3: "Hvis en patient ikke opnår kontakt med psykologen via de angivne kontaktmuligheder i psykologens praksisoplysning inden for den given træffetid, skal psykologen normalt kontakte patienten næstfølgende hverdag efter patientens henvendelse, dog senest inden for to hverdage."

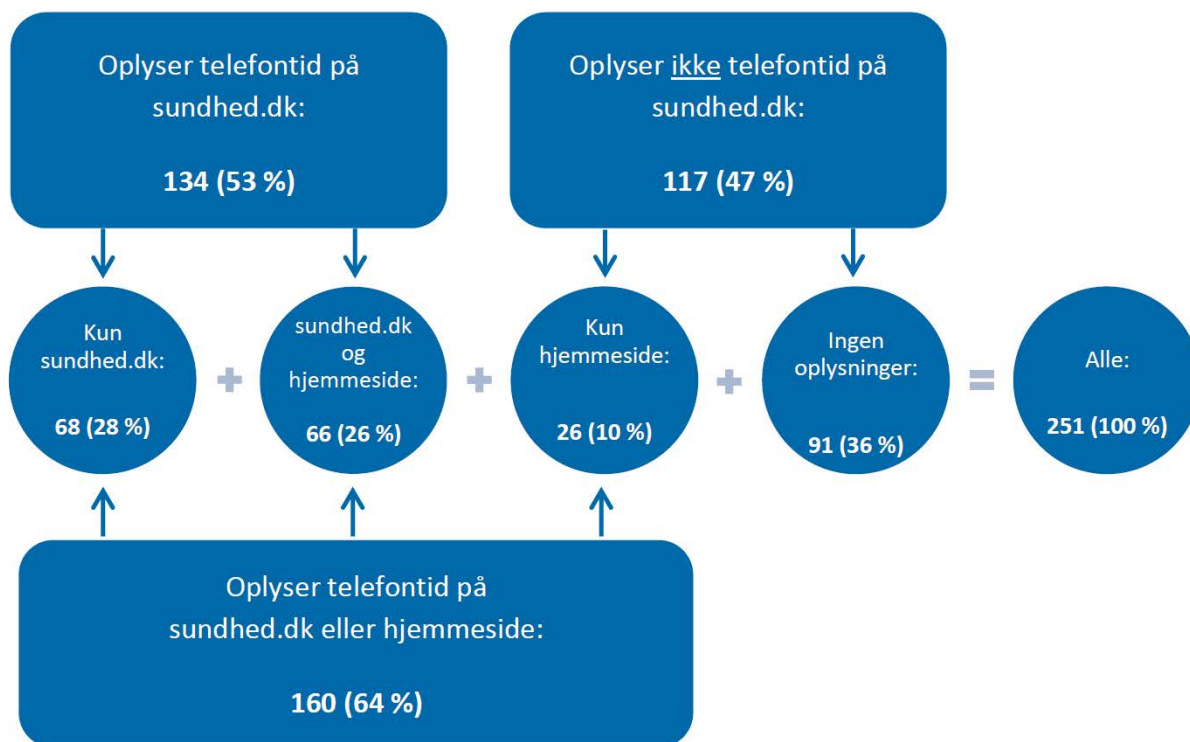
Telefonisk tilgængelighed

Som det fremgår af overenskomstens § 16, skal psykologerne oplyse telefon- og konsultationstid på praksisdeklarationen på sundhed.dk. Aktuelt er det dog ikke teknisk muligt at oplyse konsultationstider på sundhed.dk. Når det bliver muligt, skal det sikres, at psykologpraksis opdaterer praksisdeklarationen vedr. konsultationstider som beskrevet i overenskomsten.

Undersøgelsen i 2016 blev gennemført som et led i implementeringen af den foregående praksisplan. I den forbindelse blev de praktiserende psykologers oplysninger til patienterne om tilgængelighed til praksis også kortlagt. Foruden de overenskomstbestemte oplysninger på praksisdeklarationen på sundhed.dk har kortlægningen også fokuseret på de praktiserende psykologers supplerende oplysninger til patienterne via 'egen hjemmeside'.

På baggrund af kortlægningen ses det, at lidt over halvdelen (53 pct.) af praksis oplyser telefontid på praksisdeklarationen. Undersøgelsen viser desuden, at 10 pct. oplyser om telefontiderne på egen hjemmeside men ikke på praksisdeklarationen. 36 pct. giver ingen oplysninger om den telefoniske tilgængelighed (se figur 5). For at leve op til overenskomsten skal oplysninger om telefonisk tilgængelighed fremgå af praksisdeklarationen.

Figur 5: Oplysninger om telefontider til patienterne (kilde: undersøgelse af telefonisk tilgængelighed i psykologpraksis, december 2016):



Kilde: Undersøgelse af telefonisk tilgængelighed i psykologpraksis. Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, 2016.

Nedenfor ses fordelingen af praksis, som har oplyst telefontid på sundhed.dk, i forhold til planområder. Som det ses, er der flest praksis i planområde midt, der oplyser telefontid.

Tabel 8: Oplysninger på sundhed.dk til patienter om telefontid

Planområde	Antal praksis med oplyst telefontid (sundhed.dk)	Procent af praksis med oplyst telefontid (sundhed.dk)
Bornholm	4	3
Byen	32	24
Midt	43	32
Nord	24	18
Syd	31	23
Hovedtotal	134	100

Kilde: sundhed.dk, oktober 2016.

På baggrund af undersøgelsen af den telefoniske tilgængelighed skal der i planperioden arbejdes for, at de psykologpraksis, som ikke har opdateret praksisdeklarationen vedr. telefonisk tilgængelighed i overensstemmelse med overenskomstens krav, gør det.

Resultater fra undersøgelse af den telefoniske tilgængelighed

Som det fremgår af overenskomsten, skal psykologpraksis, som ikke er kontaktbare inden for den givne træffetid, normalt kontakte patienten senest inden for to hverdage. Ifølge den gennemførte undersøgelse af den telefoniske tilgængelighed er 80 pct. af psykologpraksis direkte tilgængelige for borgerne inden for

den oplyste telefontid, eller ved at praksis ringer tilbage til patienten efter overenskomstens bestemmelser⁶. Blandt de 80 pct. tilgængelige får patienterne i ca. halvdelen af tilfældene fat i psykologpraksis ved direkte telefonisk kontakt. I den anden halvdel af tilfældene opnås der typisk kontakt til psykologpraksis, ved at patienterne lægger en besked til psykologen, som ringer tilbage inden for to dage.

I de 20 pct. af tilfældene, hvor psykologpraksis ikke er telefonisk tilgængelig for patienterne, er den hyppigste årsag, at der ikke 'ringes tilbage' til patienten inden for to dage efter, at patienten har lagt besked til psykologen (se Bilag 4 figur 5.1).

På baggrund af undersøgelsens resultater skal der i planperioden arbejdes for, at alle psykologpraksis lever op til overenskomstens bestemmelser om telefonisk tilgængelighed.

Elektronisk tilgængelighed

It kan understøtte, at patienterne har let adgang til kontakt med psykologpraksis samt til information og tidsbestilling. Som det ses af boksen ovenfor, er psykologen forpligtet til at oplyse om praksis tilbyder elektronisk kommunikation med patienterne, herunder tidsbestilling- og aflysning, og oplysning om, hvordan man som patient får adgang til at anvende disse muligheder.

På baggrund af psykologernes registreringer på praksisdeklarationen på sundhed.dk ses, at næsten alle praksis oplyser, at det er muligt at kommunikere via e-mail. Nedenfor ses fordelingen i forhold til regionens planområder.

6 En psykologpraksis er i undersøgelsen af tilgængeligheden defineret som telefonisk tilgængelig, hvis: praksis er umiddelbart telefonisk kontaktbar (der opnås direkte kontakt ved første opkald eller første eller andet genopkald; der opnås kontakt inden for 10 minutter i telefonkø, eller hvis praksis besvarer telefonsvarerbesked eller ubesvarede opkald inden for to hverdage.

Tabel 9: Oplysninger til sundhed.dk om mulighed for at kommunikere med praksis via mail

Planområde	Antal praksis med mulighed for kommunikation via e-mail (sundhed.dk)	Procent af praksis med mulighed for kommunikation via e-mail (sundhed.dk)
Bornholm	6	2
Byen	72	29
Midt	63	25
Nord	47	19
Syd	62	25
Hovedtotal	250	100

Kilde: Undersøgelse af telefonisk tilgængelighed i psykologpraksis. Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, 2016.

Fire praksis oplyser desuden på praksisdeklarationen, at det er muligt at bestille tid elektronisk. I undersøgelsen af den telefoniske og elektroniske tilgængelighed til psykologpraksis fra 2016 findes det imidlertid, at ingen af disse praksis har et system, der understøtter elektronisk tidsbestilling, hverken på egen hjemmeside eller via sundhed.dk.

I takt med at flere psykologer i løbet af planperioden udvikler den elektroniske tilgængelighed overfor patienterne, skal der arbejdes for, at praksisdeklarationen afspejler disse muligheder. Desuden skal kendskabet til muligheden for elektronisk kommunikation med patienten udbredes.

Elektronisk korrespondance med og om patienter vil oftest indehold personfølsomme oplysninger. Derfor er det væsentligt, at e-mail kommunikationen mellem patient og psykolog foregår som sikker kommunikation. I planperioden vil der blive arbejdet med at understøtte og implementere brugen af sikker kommunikation i psykologpraksis.

Anbefalinger vedr. tilgængelighed til psykologpraksis:

- At der arbejdes for at forbedre informationen til patienterne på praksisdeklarationen om fysisk, såvel som telefonisk og elektronisk tilgængelighed til psykologpraksis.
- At der arbejdes for, at alle psykologpraksis lever op til overenskomstens bestemmelser om telefonisk tilgængelighed.
- At det dokumenteres ved afslutningen af planperioden, hvilke fremskridt der er sket i psykologernes tilgængelighed for borgere med funktionsnedsættelser.
- At samarbejdsudvalget løbende følger udviklingen i tilgængeligheden for personer med funktionsnedsættelse i psykologpraksis gennem status for psykologernes tilmelding til og status i mærkeordningen God Adgang.
- At kendskabet til muligheden for elektronisk kommunikation med patienten udbredes.
- At der arbejdes for at understøtte, at elektronisk kommunikation med patienterne foregår sikkert.

4. Psykologpraksis i det sammenhængende sundhedsvæsen

Målsætninger:

- At praktiserende psykologer understøtter sammenhængende patientforløb
- At praktiserende psykologer medvirker til velfungerende samarbejde og kommunikation med andre behandlere om fælles patienter
- At praktiserende psykologer bidrager til, at patienter og pårørende er og oplever at være aktiv samarbejdspart i eget forløb
- At patienter og pårørende efter behov deltager i udvikling af psykologers rolle i det samlede sundhedsvæsen.

Sammenhængende patientforløb er en afgørende forudsætning for kvalitet og effektivitet i sundhedsvæsenet samt en tilfredsstillende patientoplevelse. Det kræver, at den enkelte patient sættes i centrum, og at der sker en koordinering på tværs af praktiserende behandlere, specialer, hospitalsafdelinger og sektorer.

Parterne bag praksisplanen er enige om at understøtte udviklingen af psykologpraksis som en integreret del af sundhedsvæsenet, herunder at psykologpraksis indgår i gensidigt forpligtende tværsektorielt samarbejde med fokus på sammenhængende patientforløb.

Der skal ligeledes sikres opfølgning og gode overgange mellem psykologpraksis og øvrige sundhedsaktører. Det gælder især for patienter med samtidige forløb hos flere behandlere. Derfor skal praksisplanen understøtte og fremme kommunikation og samarbejde mellem psykologpraksis og øvrige sundhedsaktører, specielt de der har arbejdsopgaver i relation til psykologområdet.

Desuden er parterne enige om at fremme det aktive samarbejde med patienterne i planperioden, således at patienternes ønsker, muligheder og begrænsninger er udgangspunktet for det konkrete behandlingsforløb. Samtidig skal patienternes perspektiv indgå, når udviklingen af psykologpraksis tilrettelægges.

4. 1 Patienten som aktiv samarbejdspart og lighed i sundhed

Patienterne og deres pårørende er vigtige ressourcer i fremtidens sundhedsvæsen. De skal opleve, at deres viden, behov og ønsker er udgangspunkt for behandlingen og planlægningen af deres forløb. Patienter, der er godt informerede og medbestemmende i patientforløbet, er i højere grad motiverede for at følge en behandlingsplan og er mere tilfredse med behandlingen, ligesom inddragelse af patientens unikke viden om eget forløb bidrager til at forebygge fejl⁷.

Region Hovedstaden har vedtaget en politik for patient- og brugerinddragelse, som bygger på følgende værdier:

⁷ Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, August 2014, Dialogpapir om øget inddragelse af patienter og Pårørende.

Boks 7: Værdier i Region Hovedstadens politik for patient- og brugerinddragelse

- Vi tager hensyn til, hvem du er
- Vi træffer ingen beslutninger om dig uden dig
- Vi spørger dig, fordi vi har brug for din viden
- Vi tager ansvar for sammenhæng i dit forløb

4.1.1 Aktivt samarbejde med patienten om eget behandlingsforløb

Aktivt samarbejde med den enkelte patient og dennes pårørende handler om at bringe patientens ønsker og viden i spil og øge den enkeltes oplevelse af autonomi og evne til at mestre eget forløb. I psykologpraksis handler individuel patientinddragelse om, at psykologen tager udgangspunkt i patientens egne oplevelser og ønsker om udredning, behandling og opfølgning. Beslutninger, der har betydning for den enkelte træffes derfor sammen med patienten.

Patienterne er allerede i dag meget involveret i samarbejdet med praktiserende psykologer og dette arbejde skal fortsætte. Patienterne har forskellige ønsker, forudsætninger og muligheder for at deltage i beslutninger om eget behandlingsforløb. Derfor skal de indsatser, der tilbydes, ikke kun tage højde for patienternes ressourcer og ønsker, men også for patienternes øvrige livssituation herunder forudsætninger for at deltage i fælles beslutningstagning. Det øger patienternes mulighed for – uanset social baggrund og situation – at få størst muligt udbytte af behandlingen.

Anbefaling:

- At øget patient- og pårørendesamarbejde understøttes, så patienterne oplever at være en aktiv samarbejdspart i eget forløb

4.1.2 Samarbejde med patienter og pårørende om udviklingen af sundhedsvæsenet

Foruden samarbejdet med patienter og pårørende om den enkeltes forløb, kan patientsamarbejdet også styrkes på et organisatorisk plan, hvor patienternes perspektiver inddrages i den måde, sundhedstilbuddene tilrettelægges og evalueres på. Dette sker allerede i Region Hovedstaden i dag. F.eks. har Patientinddragelsesudvalget og Regionshandicaprådet deltaget i dialog- og høringsaktiviteter under udarbejdelsen af denne praksisplan.

Anbefaling:

- At patienternes perspektiv løbende inddrages, når praksisplanen implementeres gennem konkrete indsatser

4.1.3 Patientrapportering af utilsigtede hændelser

Patienter og pårørende har mulighed for at påvirke udviklingen i psykologpraksis gennem rapportering af utilsigtede hændelser. Utilsigtede hændelser kan ske hos den enkelte psykolog såvel som i behandlingsforløbet ved overgang mellem behandlere. Rapportering af utilsigtede hændelser har været en mulighed for patienter og pårørende siden 2011. De rapporterede utilsigtede hændelser opsamles og bearbejdes i Region Hovedstaden i en særlig patientsikkerhedsorganisation. Rapporteringen tilgår den pågældende praksis med henblik på, at praksis kan drage læring af hændelserne.

Rapportering af utilsigtede hændelser fra patienter sker indtil videre kun i beskedent omfang. Det er derfor vigtigt, at patienter og pårørende får kendskab til muligheden for at rapportere utilsigtede hændelser.

Anbefaling:

- At der i planperioden fokuseres på at informere patienter og pårørende om muligheden for at rapportere utilsigtede hændelser

4.2 Samarbejde og kommunikation med det øvrige sundhedsvæsen

Det er vigtigt for den enkelte patient, at der foregår en relevant kommunikation mellem behandlerne, og at den kommunikation/information, der bliver givet til patienten, er konsistent og sker med respekt for den behandling, som patienten modtager fra andre behandlere.

Overenskomst om psykologhjælp sætter rammerne for psykologernes samarbejde og kommunikation med de øvrige dele af sundhedsvæsenet.

Boks 8: Overenskomsten om samarbejde mellem almen praksis og psykologer

§ 23 stk. 1: "...Endvidere er psykologer forpligtet til at følge nationale og regionale aftaler om arbejdsdeling og samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen, som involverer og har relevans for psykologpraksis."

4.2.1 Samarbejde og kommunikation med almen praksis

En god og gensidig kommunikation mellem psykologpraksis og almen praksis vurderes at give de bedste betingelser for den samlede behandling af patienten. Derfor skal der i planperioden arbejdes med at udbygge kommunikationen mellem psykologer og almen praksis. Samarbejde og kommunikation mellem psykologen og patientens praktiserende læge er særligt vigtig, når patienten har et forløb, som kræver en tværgående indsats.

Boks 9: Overenskomsten om samarbejde mellem almen praksis og psykologer

§1. stk.2 (uddrag):

Psykologer i primærsektoren har en vigtig rolle i det danske sundhedsvæsen. I sundhedsvæsenet er det vigtigt at sikre sammenhængende patientforløb, og det er derfor væsentligt, at psykologerne indgår i et tæt samarbejde med andre sundhedsfaglige aktører navnlig de alment praktiserende læger.

Psykologbehandling sker efter henvisning fra den praktiserende læge, og psykologen sender ved behandlingens afslutning en epikrise til den praktiserende læge. På den måde sikres sammenhæng og kvalitet i lægens fortsatte behandling af patienten.

Boks 10: Overenskomsten om startbreve til almen praksis:

§10 stk. 7 (uddrag): Det påhviler psykologen at drage omsorg for, at patientens egen læge underrettes ved psykologbehandlingens iværksættelse og afslutning.

Boks 11: Overenskomsten om psykologens pligt til at vurdere den enkeltes behandlingsbehov

§ 10 stk. 8. Psykologen er forpligtet til at foretage en selvstændig og individuel vurdering af den enkelte patients behandlingsbehov i overensstemmelse med de retningslinjer mv., som gælder for ordningen.

Kommunikation med almen praksis foregår elektronisk som henvisninger fra patientens praktiserende læge til psykologen, som startbreve fra psykolog til den praktiserende læge og endelig som epikriser fra psykologen til patientens praktiserende læge ved forløbets afslutning. Kommunikationen kan løbende suppleres med korrespondancemeddelelser om patienternes behandling og tilstand. Ved kommunikationen skal anvendes gældende MedCom-standards. MedCom-standarderne understøtter sikker kommunikation. Kommunikationen forudsætter samtykke fra patienten jævnfør lovgivning om videregivelse af helbredsoplysninger⁸.

Psykologer, der praktiserer efter overenskomsten, skal have et sikkert og opdateret IT-system og en sikker og hurtig internetadgang, der er beskyttet af firewall og antivirus-programmer. Psykologens IT-systemer skal understøtte relevant kommunikation med det øvrige sundhedsvæsen efter de gældende standarder, herunder MedCom, og kommunikationen skal så vidt muligt foregå via det internetbaserede sundheds-datanet⁹.

Nedenfor beskrives de situationer, hvor kommunikation mellem psykolog og praktiserende læge særligt bør finde sted.

Henvisning fra almen praksis

En god henvisning fra almen praksis indeholder information om henvisningskategori, hvor den praktiserende læge henholder sig til de krav, der er under henvisningskriterierne, samt beskriver eventuel relevant ordination af lægemidler til patienten. Dette giver psykologen et velinformeret grundlag for tilrettelæggelse af patientens behandling.

Sundheds- og Ældreministeriets vejledning fra efteråret 2016 for personers adgang til tilskudsberettiget psykologbehandling henvender sig til praktiserende læger, som henviser til psykologhjælp. I planperioden vil der blive arbejdet med at udbrede kendskabet til denne vejledning, herunder de konkrete henvisningskriterier.

Der er kommet en ny ydelse i overenskomsten, hvorved 1. og 2. konsultation uden efterfølgende forløb (fejlhenvisning) registreres. Der vil således kunne følges op på omfanget af fejlhenvisninger.

Startbrev

Den praktiserende psykolog orienterer patientens praktiserende læge om opstart af behandlingsforløb via afsendelse af et startbrev. Med startbrevet er lægen orienteret om, hvilken praktiserende psykolog patienten har etableret kontakt med og samarbejdet mellem praktiserende læge og praktiserende psykolog er dermed gjort mulig. Der er pt. ingen statistikker over de praktiserende psykologers afsendelse af startbrev.

Korrespondancebreve

Korrespondancebreve bliver i dag primært anvendt i forbindelse med opstart af forløb, hvor lægerne orienteres, ved fejlhenvisninger, hvor der anmodes om anden henvisning eller orienteres om, at klientens henvisning er ugyldig eller ved behov for udveksling af informationer i øvrigt. Parterne er enige om, at der i planperioden skal arbejdes med udbredelse af denne mulighed.

⁸ Bekendtgørelse om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv. BEK nr. 665 af 14/09/1998.

⁹ Overenskomst om psykologhjælp § 31 stk. 1: Anskaffelse og anvendelse af IT i almen praksis.

Epikriser

I den foregående planperiode har der været fokus på at øge antal epikriser i psykologpraksis. Regionens psykologpraksiskonsulent har udsendt nyhedsbreve og individuelle statistikker over epikriser. Dette arbejde skal fortsættes i denne planperiode.

I den nye overenskomst lægges der op til, at der fremadrettet også skal arbejdes med kvaliteten af epikriserne. For yderligere at styrke samarbejdet mellem praktiserende læger og psykologer, skal der igangsættes indsatser for at understøtte kvaliteten i epikriseskrivning.

Fælles aktiviteter mellem almen praksis og praktiserende psykologer

Derudover er det væsentligt, at både praktiserende læger og praktiserende psykologer får gensidig indsigt i vilkår og arbejdsmetoder. Dette kan fx ske gennem fælles kursusaktiviteter om relevante emner som eksempelvis angst og depression, men også ved at praksiskonsulenten udbreder kendskab til de vilkår psykologerne arbejder under på kurser for praktiserende læger. Derudover kan der afholdes lokale efteruddannelsesmøder mellem psykologer og praktiserende læger fx om konkret samarbejde, patientgrupper mm.

Anbefalinger:

- At der i planperioden arbejdes med udbredelse af sikker elektronisk kommunikation.
- At udbrede kendskabet i almen praksis til vejledning om adgang til tilskudsberettiget psykologbehandling samt henvisningskriterier, herunder følge omfanget af fejlhenvisninger
- At udbrede kendskab til startbreve blandt psykologer og praktiserende læger, herunder brug af korrespondancemeddelelser.
- At understøtte og sikre, at fremsendelse af epikriser til almen praksis sker i henhold til overenskomsten
- At der afholdes fælles aktiviteter med henblik på at udvikle samarbejdet mellem almen praksis og psykologpraksis
- At decentrale lokale efteruddannelsesmøder med psykologer og praktiserende læger understøttes og faciliteres.

4.2.2 Samarbejde og kommunikation med speciallægepraksis samt børne- og ungdomspsykiatri og psykiatrien

I Region Hovedstadens Psykiatriudvalgs treårsplan for 2017-2019 "Den fortsatte udvikling af psykiatrien i Region Hovedstaden" fremgår det, at der ligger en opgave for administrationen i at undersøge muligheder for at henvise nye patientgrupper til psykologbehandling i praksissektoren.

Patienter behandles i visse tilfælde også i speciallægepraksis eller i hospitalsregi indenfor psykiatrien eller i børne- og ungdomspsykiatrien. Det er vigtigt, at praksisplanen understøtter sammenhængende patientforløb for disse patienter. Henvisning til psykolog eller videre til psykiatrisk forløb foregår via patientens egen læge. Den praktiserende psykolog har ingen direkte henvisningsmulighed til praktiserende psykiater eller psykiatrien. Ved afslutning af patienten samt ved genhenvisning udfyldes og sendes en epikrise med oplysninger om behandlingseffekt til patientens praktiserende læge, som kan videreformidle oplysningerne til fx psykiatrien.

Samarbejdet mellem praktiserende psykologer og praktiserende speciallæger i psykiatri udfordres af denne struktur. Der skal derfor i planperioden fokuseres på, hvordan samarbejdet mellem praktiserende psykologer og praktiserende speciallæger i psykiatri kan udvikles.

Det kan være en udfordring at få udført den nødvendige indledende psykologiske undersøgelse, herunder testning af henviste børn og unge ved modtagelse hos de praktiserende psykiatere. Det kan medføre

unødig ventetid på igangsættelse af behandling hos den praktiserende psykiater. Parterne er enige om at undersøge muligheden for, at praktiserende psykologer kan bidrage til hurtigere vurdering af patienterne (børn og unge). Såfremt praktiserende psykologer i højere grad skal bidrage til psykologisk undersøgelse af børn og unge forudsætter det, at der indgås en lokalaftale med relevante psykologer, jf. overenskomstens (§46, stk.1-3).

For at understøtte øget samarbejde mellem praktiserende psykologer og praktiserende speciallæger i psykiatri foreslås, at der arrangeres fælles temadage om kommunikation/information om fælles patienter, herunder generel videndeling om behandlingsmuligheder.

Collabri er et regionalt projekt til styrkelse af den sammenhængende indsats mellem behandlingspsykiatrien og almen praksis (shared care) for patienter med let til moderat angst eller depression. Psykologpraksis indgår ikke i projektet. I projektet arbejdes der med at understøtte almen praksis i at opspore, henvise og behandle de pågældende patienter optimalt. Dette arbejde følges i planperioden med henblik på eventuelle tiltag på psykologområdet.

Anbefalinger:

- At det i planperioden undersøges, hvordan samarbejdet mellem praktiserende psykiatere og psykologer kan udvikles, herunder om praktiserende psykologer i højere grad kan bidrage til udførelse af test
- At der arrangeres fælles temadage for psykologer og psykiatere om kommunikation/information om fælles patienter, herunder generel videndeling om behandlingsmuligheder

4.2.3 Samarbejde og kommunikation med kommunerne

I dag kommunikerer kommunerne primært med de praktiserende læger omkring lægeerklæringer mm. Kommunerne har mulighed for at indhente erklæringer fx i forbindelse med opfølgning på sygemeldte personer. Rammerne herfor er beskrevet i Dansk Psykologforening og KL's fælles vejledning om det social-psykologiske samarbejde. Der er også af og til forløb, hvor egenbetalingen dækkes af kommunerne fx for flygtninge.

Kommunikation og samarbejde mellem praktiserende psykologer og kommunerne kan trods beskedent omfang være væsentlig for at sikre sammenhængende patientforløb. En del af patienterne i psykologpraksis kan være i forløb hos deres kommune. Det kan eksempelvis være børn og unge, som er i forløb i det kommunale PPR (Pædagogisk Psykologisk Rådgivning), voksne, som er i risiko for at falde ud af arbejdsmarkedet, eller som er i et rehabiliteringsforløb. I planperioden skal potentialet for kommunikation og samarbejde mellem psykologpraksis og kommuner om patienter, som praktiserende psykologer behandler, afdækkes. Yderligere skal det afdækkes, hvordan samarbejdsrelationen mellem psykologpraksis og kommuner kan styrkes.

Anbefaling:

- At potentialet for kommunikation og samarbejde mellem psykologpraksis og kommuner afdækkes.

4.2.4 Samarbejde og kommunikation med hospitaler

Samarbejdet med psykiatrien opstår primært, hvis en patient er selvmordstruet, og psykologen understøtter patientens kontakt til psykiatrisk skadestue.

I de tilfælde, hvor en patient har været indlagt, kan den praktiserende læge – forudsat patientens samtykke – sende en epikrise til den praktiserende psykolog.

Hospitalet har en interesse i at få et større kendskab til henvisningskriterier til praktiserende psykologer og patienternes muligheder for behandling i psykologpraksis, således at de bedre kan rådgive patienterne.

Anbefaling:

- Udbredelse af kendskabet til henvisningskriterier og mulighederne for behandling i psykologpraksis til relevante hospitalsafdelinger.

4.3 Sundhed.dk

Formålet med sundhed.dk er at være en informations og oplysningsside.

Den del af sundhed.dk, der er målrettet sundhedsfaglige, benyttes af regionen til bl.a. at formidle relevant information til praktiserende psykologer af faglig og administrativ karakter.

Der skal i planperioden fortsat arbejdes med at udbrede praktiserende psykologers kendskab til sundhed.dk., herunder den praksisdeklaration praktiserende psykologer skal have i henhold til overenskomsten samt opdaterede ventetider for henholdsvis depression og angst og øvrige henvisningsgrupper. Det kan fx ske ved oplæg om sundhed.dk ved mødeaktiviteter, nyheder i nyhedsbrevet mm.

Anbefaling:

- At psykologpraksis' kendskab til sundhed.dk øges

5. Kvalitetsudvikling i psykologpraksis

Målsætninger:

- At praktiserende psykologer arbejder målrettet og systematisk med kvalitetsudvikling
- At praktiserende psykologer arbejder ud fra de gældende faglige retningslinjer
- At patientsikkerhed i psykologpraksis styrkes
- At psykologpraksis understøttes gennem undervisnings- og kursustiltag, som løfter kvaliteten og samarbejdet mellem psykologer og samarbejdsparter
- At Den Danske Model for Kvalitetsudvikling implementeres i psykologpraksis i det tempo og omfang, modellen udvikles og indgår i overenskomsten
- At en kvalitetsudviklingskultur blandt psykologerne understøttes

Arbejdet med kvalitetsudvikling er et vigtigt element i bestræbelserne på at sikre de praktiserende psykologers rolle i et sammenhængende sundhedsvæsen. I dag arbejdes der med kvalitetsudvikling i psykologpraksis inden for felterne kliniske retningslinjer, kommunikation, efteruddannelse samt patientsikkerhed.

Det fremgår af overenskomsten, at kravene til øget samspil mellem sektorerne vil fylde mere i de kommende år, og parterne bag praksisplanen er enige om, at arbejdet med kvalitet skal udvikles og understøttes, så det sikres, at de praktiserende psykologer har fokus på kvalitet i behandlingen og arbejder med læring og forbedring samt systematisk kvalitetsudvikling.

I dette afsnit fokuseres på, hvilke indsatser, der skal arbejdes med i planperioden for at understøtte kvalitetsudvikling såvel monofagligt i psykologpraksis som i samarbejdet med det øvrige sundhedsvæsen.

5.1 Rammer for kvalitetsudvikling

Regionernes fælles strategi for kvalitetsudvikling på praksisområdet¹⁰ og Overenskomst om psykologhjælp danner rammerne for kvalitetsudviklingstiltagene i denne plan. I regi af overenskomstens parter er et udviklingsarbejde i gang, som skal skabe en version af Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) specielt tilpasset psykologpraksis.

5.1.1 Regionernes strategi for kvalitet på praksisområdet

Regionernes strategi for kvalitet på praksisområdet har til formål at skabe et større fokus på og systematik i kvalitetsarbejdet blandt alle behandlergrupper på praksisområdet. Det er et af strategiens centrale mål at få skabt en fælles kvalitetskultur på praksisområdet og på tværs af sektorgrænser, samt at alle praksisområder skal akkrediteres efter principperne i Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM).

Boks 12: Regionernes strategi for kvalitetsudvikling

- Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) udvikles og implementeres
- Behandlere på praksisområdet arbejder med databaseret kvalitetsudvikling
- "Kvalitetscirklen" benyttes i forbindelse med kvalitetsudvikling
- Behandling følger gældende faglige retningslinjer og "best practice"
- Forberedelse til akkreditering og opnåelse af akkrediteringsstatus

¹⁰ Danske Regioner 2012: Kvalitet i praksis

- regionernes strategi for målrettet og systematisk kvalitetsudvikling på praksisområde

Arbejdet med kvalitetsudvikling i DDKM bygger på kvalitetscirklen. Kvalitetscirklen, også kaldet PDSA-cirklen, er en grundlægende model for systematisk kvalitetsudvikling.

DDKM har i flere år fungeret som en fælles kvalitetsudviklingsmodel for det danske sundhedsvæsen. DDKM er metodemæssigt et akkrediteringssystem, der omfatter et sæt af kvalitetsstandarder og en akkrediteringsproces.

Akkreditering efter DDKM er under udfasning på bl.a. de offentlige hospitaler og apoteker, hvor DDKM erstattes af 'Nationalt kvalitetsprogram på sundhedsområdet' bestående af 8 kvalitetsmål. Denne proces følges i planperioden, da den på sigt kan få indflydelse på kvalitetsarbejdet i praksissektoren.

5.1.2 Indsatser på kvalitets- og efteruddannelsesområdet

Overenskomsten beskriver rammerne for indsatser indenfor kvalitets- og efteruddannelsesområdet. Det fremgår af overenskomsten, at der i perioden skal ske et udviklingsarbejde indenfor flere områder, fx DDKM, efteruddannelse, kliniske retningslinjer, etablering af en Fond mm.

Rammerne for mange af disse indsatser er ikke endeligt afklaret, og der afventes derfor en national afklaring i overenskomstregi af disse. Regionalt vil der blive et implementeringsarbejde, når rammerne er på plads.

Boks 13: Overenskomst om psykologhjælp indenfor kvalitets- og efteruddannelsesområdet – et sammendrag

Den gældende overenskomst om psykologhjælp fastsætter, at psykologer skal følge og holde sig opdateret på nationale faglige og kliniske retningslinjer, samt er forpligtet til at følge nationale og regionale aftaler om arbejdsdeling og samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen¹¹.

I overenskomstperioden skal der desuden udvikles en kvalitetsdatabase, som bl.a. skal dokumentere aktiviteterne omkring behandling. Arbejdet er placeret i regi af Sundhedsstyrelsen.

Der er som aftalt i overenskomsten etableret en national kvalitets- og efteruddannelsesfond. Fondens bestyrelse består af to repræsentanter udpeget af henholdsvis Dansk Psykolog Forening og RLTN. For de midler Fonden er tilført som start, anvendes størstedelen til et forskningsprojekt (4 mio. kr.), som skal afdække og dokumentere effekten af psykologbehandling, herunder også med fokus på samfundsmæssige effekter af psykologbehandling. 2 mio. kr. anvendes til efteruddannelsesaktiviteter og 200.000 kr. til en indtjenings- og omkostningsundersøgelse blandt psykologerne.

Parterne bag overenskomsten er enige om, at efteruddannelse og faglig ajourføring er afgørende vigtigt for psykologerne i den offentlige ordning. Der arbejdes nationalt på at nedsætte en gruppe, der skal afdække hvilke kompetencer psykologerne skal besidde, samt forslag til relevante efteruddannelses tilbud. Tanken er, at der allerede i indeværende overenskomstperiode skal udbydes systematisk efteruddannelse, som det vil blive kaldt.

Overenskomstparterne er enige om at arbejde videre med at understøtte DDKM i overenskomstperioden, hvor der skal udvikles en kvalitetsmodel for psykologpraksis, som klinikkerne skal akkrediteres efter.

¹¹ Overenskomst om psykologhjælp 2016, § 23

Anbefalinger:

- At det nationale arbejde i regi af overenskomstens parter vedr. kvalitetsudvikling i psykologpraksis følges med henblik på at sikre regional implementering

5.2 Udvikling af Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) for psykologpraksis

Det fremgår af overenskomsten, at der i overenskomstperioden skal udvikles en kvalitetsmodel for psykologpraksis. I samarbejde med Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet udvikles et standardsæt til brug for akkreditering i den enkelte psykologpraksis.

Frem til at kvalitetsmodellen er klar til implementering, ønskes understøttelse af en kvalitetsudviklingskultur blandt praktiserende psykologer, herunder afprøvning af relevante pilotprojekter på kvalitetsområdet.

I Region Hovedstaden pågår der på psykologområdet allerede en række kvalitetsudviklingsindsatser, som vil kunne understøtte akkreditering efter standarderne i DDKM. Arbejdet med kvalitetsudviklingsindsatserne skal derfor fortsættes og videreudvikles i planperioden. Det drejer sig eksempelvis om indsatser i relation til patientsikkerhed, samt kommunikation som fx epikriser. Der vil i planperioden forsat blive arbejdet med at understøtte kvalitetsarbejdet og en kvalitetsudviklingskultur blandt psykologerne.

Anbefalinger:

- At der arbejdes systematisk med implementering af elementerne i DDKM i det tempo og det omfang modellen udvikles og indgår i overenskomsten

5.3 Implementering af kliniske retningslinjer i psykologpraksis

Formålet med kliniske retningslinjer er at sikre en høj faglig kvalitet i behandlingen, uanset hvor patienten befinder sig, og hvilken sundhedsfaglig person vedkommende henvender sig til. Basis for retningslinjerne er videnskabelig evidens og bedste praksis på området.

I planperioden skal der arbejdes med at understøtte, at alle patienter modtager behandling af høj faglig kvalitet. Dette kan bl.a. understøttes ved efteruddannelse og kompetenceløft. Det søges også understøttet ved, at der i planperioden vil blive arbejdet med et pilotprojekt om ensartet behandling/forløb for udvalgte grupper. Første skridt i pilotprojektet vil være at afdække hvilke patienter, der eventuelt kan have gavn af mere ensartede forløb.

Anbefalinger:

- At kliniske retningslinjer og regionale aftaler om arbejdsdeling og samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen implementeres/udbreDES i psykologpraksis
- At det i planperioden afdækkes, om udvalgte patientgrupper kan have gavn af mere ensartede behandlingsforløb

5.4 Patientsikkerhed i psykologpraksis

Praktiserende psykologer er ligesom den øvrige praksissektor omfattet af pligten til at rapportere utilsigtede hændelser (UTH). Det betyder, at psykologer systematisk og konsekvent skal lære af utilsigtede hændelser, der finder sted i psykologpraksis.

I Region Hovedstaden er der nedsat et patientsikkerhedsråd for praksissektoren, apotekerne og kommuner, der skal følge implementeringen af sundhedslovens bestemmelser om patientsikkerhed og godkende handleplaner i forbindelse med analyse af utilsigtede hændelser.

Indrapporterede utilsigtede hændelser behandles af regionens risikomanagere, der arbejder med hændelser fra blandt andet psykologer. Sagsbehandlingen af de utilsigtede hændelser sker fortroligt og alene med henblik på læring, herunder med forslag til hvorledes der kan ske læring af hændelsen.

Der er begrænsede erfaringer med indrapportering af utilsigtede hændelser i psykologpraksis. Patientsikkerhed forventes at blive styrket bl.a. ved at blive en standard i akkrediteringsmodellen.

5.4.1 Tiltag for at styrke patientsikkerheden

Med henblik på at styrke patientsikkerheden skal der i planperioden arbejdes for at udvikle patientsikkerhedskulturen og fremme læring på baggrund af arbejdet med utilsigtede hændelser.

Første skridt er at beskrive eksempler på, hvad utilsigtede hændelser kan være i psykologpraksis. Dernæst er det relevant at igangsætte en indsats med det formål at højne patientsikkerheden hos praktiserende psykologer ved at øge kendskabet til utilsigtede hændelser og til rapporteringssystemet.

Anbefalinger:

- At der i planperioden arbejdes for at udbrede kendskabet til indrapporteringen af utilsigtede hændelser blandt de praktiserende psykologer
- At der i planperioden gennemføres et udviklingsprojekt i psykologklinikkerne om indrapportering og læring af utilsigtede hændelser

5.5 Efteruddannelse og kompetenceløft

Det er aftalt i overenskomsten, at der nationalt nedsættes en gruppe, der skal afdække hvilke kompetencer psykologerne fremover skal besidde, samt forslag til relevante efteruddannelses tilbud. Tanken er, at der allerede i indeværende overenskomstperiode skal udbydes systematisk efteruddannelse.

I overenskomsten er beskrevet, at der ønskes et kompetenceløft til psykologerne med henblik på styrket kommunikation med øvrige behandlergrupper, herunder også for at styrke arbejdet med den kommende danske kvalitetsmodel for psykologhjælp.

For at understøtte det samlede patientforløb er det væsentligt med dialog med andre ydergrupper i praksissektoren inden for de områder, hvor det er meningsfuldt. Det kan eksempelvis være i forhold til behandlingsforløb for patienter med angst og depression, personlighedsforstyrrelser m.fl., hvor samarbejdet mellem psykiatere, almen praksis og psykologer er relevant. Formålet hermed kan være kommunikation om konkrete patientforløb og samarbejde for at undgå dobbeltforløb og dobbeltundersøgelser. I planperioden understøttes dette ved på forsøgsbasis at arrangere lokale 'efteruddannelsesgrupper', hvor eksempelvis psykologer og praktiserende læger mødes med henblik på at drøfte relevante faglige emner samt kommunikation og samarbejde.

Anbefalinger:

- At systematisk efteruddannelse implementeres i det tempo, det udrulles nationalt
- At der afholdes efteruddannelsesaktiviteter, som understøtter samarbejde omkring øget kommunikation med relevante samarbejdspartner

- At understøtte efteruddannelse og kompetenceløft for psykologerne ved afholdelse af relevant efteruddannelse
- At der etableres tværfaglige lokale efteruddannelsesgrupper, der mødes om relevante faglige emner samt kommunikation og samarbejde

5.6 Gruppebehandling

Gruppebehandling er i henhold til den gældende overenskomst en mulighed i psykologpraksis. I overenskomsten er rammerne for gruppebehandling nærmere defineret.

Boks 13 Overenskomsten om gruppebehandling i psykologpraksis § 3 stk. 6 og 7

- Gruppekonsultationer kan ydes til personer, som allerede er omfattet af overenskomsten, og som, inden henvisningsårsagen indtrådte, havde en relation til hinanden (lukkede grupper).
- Gruppekonsultationer kan også ydes til personer, der indgår i gruppen på tværs af henvisningskategorierne, og hvor de pågældende ikke i forvejen havde en relation til hinanden (åbne grupper).

Forskning viser, at gruppebehandling i forhold til patienter med let til moderat depression er lige så effektiv som individuel behandling¹². Selve behandlingsmetoden (fx kognitiv eller dynamisk terapi) kan forklare 2 - 15 % af behandlingens effekt. Det er derfor ikke væsentligt, om behandlingen er individuel eller i gruppe, eller hvilken metode der anvendes. Det handler derimod om at sørge for, at der ikke er frafald af patienter i forhold til behandlingen samt at have behandlingseffekten for øje.

I forhold til gruppebehandling viser det sig, at frafald oftest skyldes, at klienterne er utilfredse med formen. Så hvis man skal lave gruppeterapi, er det afgørende, at klienterne har tillid til denne form og frivilligt indgår i gruppebehandling.

Gruppebehandling kan generelt have en god kurativ effekt bl.a. fordi følelsen af isolation og fremmedgjorthed mindskes af at være sammen med andre, der også har det svært. Gennem samspillet i gruppen gives der flere alternative perspektiver på situationer og oplevelser, ligesom det giver en følelse af, at andre er i samme båd. Samtidig får gruppebehandlingens deltagere mulighed for at øve sig i at relatere sig på nye måder til andre mennesker, herunder give og modtage støtte fra andre.

I planperioden vil der blive arbejdet med at udbrede kendskabet til overenskomstens muligheder for gruppebehandling. Det kan være med til at sikre en bedre kapacitetsudnyttelse, idet flere patienter med fx angst og depression kan modtage behandling, såvel som en måde at understøtte lighed i sundhed, idet patienternes egenbetaling for et forløb bliver mindre.

Anbefalinger:

- At kendskabet til overenskomstens mulighed for gruppebehandling i psykologpraksis udbredes og understøttes

¹² <http://ebmh.bmj.com/content/4/3/82.full.pdf>

5.7. Praksiskonsulentens rolle i kvalitetsudviklingen

Psykolog praksiskonsulenten er praktiserende psykolog i regionen. Praksiskonsulenten skal bidrage til den faglige kvalitetsudvikling indenfor psykologområdet samt styrke det tværsektorielle og det tværfaglige samarbejde i sundhedssektoren i Region Hovedstaden.

Praksiskonsulenten rådgiver regionen i spørgsmål inden for psykologens virksomhedsområde herunder i relation til kvalitetsudvikling. Praksiskonsulenten styrker desuden kommunikationen mellem administrationen og psykologerne og samarbejdet mellem psykologerne og det øvrige sundhedsvæsen.

Det vil i forhold til kvalitetsudvikling være en opgave for praksiskonsulenten at medvirke til implementering af DDKM. På samme måde er det praksiskonsulentens opgave at medvirke til implementering af eventuelle monofaglige vejledninger. Opgaverne varetages bl.a. gennem informationsmøder, workshops og ved at give skriftlig information til praktiserende psykologer i nyhedsbreve og på sundhed.dk.

Praksiskonsulenten indgår desuden i de projekter, der igangsættes under praksisplanen.

Anbefaling:

- At praksiskonsulenten fortsat bidrager til kvalitetsudvikling og efteruddannelse.

6. Bilagsfortegnelse

Bilag 1. Ordforklaring

Bilag 2. Vejledning til fordeling af kapacitet for psykologhjælp, juni 2012.

Bilag 3. Grundbeskrivelse

Bilag 4. Undersøgelse af telefonisk tilgængelighed i psykologpraksis, udarbejdet af Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, 2016.

Bilag 1. Ordforklaring

I praksisplanen og grundbeskrivelsen anvendes forskellige fagtermer og udtryk, som uddybes nærmere nedenfor:

Yderregister:	Det register, hvor den enkelte yder (her psykolog) registreres med centrale data..
Ydernummer:	Et identifikationsnummer, som tildeles hver enkelt praksis, der praktiserer efter overenskomsten. Ydernummeret anvendes primært i forbindelse med afregning.
Kapacitet:	1 psykolog med ydernummer i Region Hovedstaden udgør 1 kapacitet. Kapaciteten af psykologer i Region Hovedstaden er således summen af psykologer med ydernummer i regionen. Når en psykolog ophører, går kapaciteten og ydernummeret tilbage til regionen, som kan beslutte genopslag og geografisk placering.
Enkeltmandspraksis:	Psykologvirksomhed udøvet af enkeltperson uden fællesskab med andre psykologer om økonomi.
Kompagniskabspraksis:	Praksis, der drives af to eller flere psykologer med fællesskab om økonomi, lokaler og personale.
Anpartsselskab:	Psykologpraksis kan være organiseret som anpartsselskab, hvorved forstås at en eller flere psykologer ansættes i et anpartsselskab, der har til formål at udøve psykologvirksomhed.
Samarbejdspraksis:	Praksis, der drives i samarbejde mellem flere enkeltmands- og/eller kompagniskabspraksis.
Produktion:	Produktion anvendes som et udtryk for det samlede antal ydelser og udgifter til den behandling, som psykologer med ydernummer i Region Hovedstaden har leveret til patienter, uafhængigt af om borgeren har bopæl i Region Hovedstaden eller i anden region.
Forbrug:	Begrebet forbrug dækker over, hvad Region Hovedstadens borgere har modtaget af ydelser hos psykolog, uanset i hvilken region/kommune ydelserne er udført. Forbruget opgøres både som antal ydelser modtaget af borgere i Region Hovedstaden og som regionens udgift til behandling.
Bruttohonorar:	'Bruttohonoraret' viser regionens samlede udgift til honorering af psykologerne. I overenskomsten fastsættes den pris, som en psykologydelse/konsultation skal koste - i form af specifikke honorarer for de enkelte ydelsestyper. Regionens tilskud udgør 60 pct. af disse honorarer.

Punkt nr. 17 - Godkendelse af Praksisplan for psykologhjælp 2018-2021

Bilag 2 - Side -44 af 103

Patientens egenbetaling:	Egenbetaling til psykologhjælp udgør 40 pct., idet patientens bopælsregion yder et tilskud på 60 pct. af de i overenskomsten fastsatte honorarer pr. ydelse. Både gruppe 1- og gruppe 2-sikrede personer betaler deres egen andel (egenbetalingen) af honoraret direkte til psykologen.
Planområder:	Regionen er inddelt i fire planområder, som hver er opdelt på en række planlægningsområder. Planområderne svarer til inddelingen i hospitalsplanområder i regionen. Planlægningsområderne svarer til kommuneinddelingen og den til enhver tid gældende bydelsinddeling i Københavns Kommune. (Se figur 1 og tabel 1).
Pendlerstatistik:	Pendlerstatistikken viser, i hvilken udstrækning en kommunes patienter anvender psykologer beliggende i patientens hjemkommune. Antal patienter i pendlerstatistikken er angivet som antal forskellige patienter opgjort efter cpr.nr., også benævnt 'unikke patienter'.
Unikke patienter:	Har én patient modtaget flere ydelser i en klinik i én kommune, tælles patienten som én unik patient i denne kommune. Har patienten modtaget ydelser i tre forskellige kommuner, tælles patienten som én unik patient i hver af de tre kommuner.
MedCom standarder:	MedCom standarderne er en elektronisk kommunikationsform med faste informationstyper. Overenskomsten fastlægger, at praktiserende psykologer skal benytte denne kommunikationsform i dialogen med det øvrige sundhedsvæsen.
Praksiskonsulenter:	Praksiskonsulenter er praktiserende psykologer, som har konsulentansættelse nogle timer ugentlig i regionen. Praksiskonsulenternes opgave er blandt andet at understøtte praksisplanens indsatser omkring det sammenhængende sundhedsvæsen og kvalitetsudvikling i praksis samt bistå med implementering af overenskomstens aftaler.
Sikrede:	Borgere kan vælge mellem to sikringsgrupper.
Sikringsgruppe 1:	For at opnå tilskud til behandling skal borgere i sikringsgruppe 1 have henvisning fra egen læge til behandling hos psykolog. Regionens tilskud til psykologhjælp bliver automatisk trukket fra borgerens regning.
Sikringsgruppe 2:	Borgere i sikringsgruppe 2 skal også have lægehenvi- sning til psykolog for at få tilskud. Der gives samme tilskud som til en gruppe 1-sikret patient

Bilag 2. Vejledning til fordeling af kapacitet for psykologhjælp

Godkendt af samarbejdsudvalget ved e-mailvotering den 27. juni 2012.

Vejledningens anvendelse og baggrund

Denne vejledning skal anvendes, når kapaciteter skal fordeles geografisk, og når psykologer søger om flytning af praksis. Vejledningen giver retningslinjer for både administrativ sagsbehandling og behandlinger i samarbejdsudvalget.

Vejledningen omfatter kriterier for:

- 1. Geografisk fordeling af kapaciteter: I situationer, hvor regionen udbyder kapaciteter (herunder ledigblevne kapaciteter)
- 2. Ved ansøgning om flytning:
 - når psykologer ansøger om at flytte praksis inden for samme planområde
 - når psykologer ansøger om at flytte mellem planområder, dvs. kommune/bydel eller andet hovedområde dvs. Nord, Midt, Syd og Byen.

Geografisk fordeling af nye eller ledige kapaciteter

Disse retningslinjer beskriver situationer, hvor regionen udbyder nye kapaciteter, som følge af udvidelse af kapaciteten, og når kapaciteter er blevet ledige.

Disse sager afgøres altid af samarbejdsudvalget ud fra følgende kriterier:

1. Praksisplanens anbefaling: 'at samarbejdsudvalget udarbejder retningslinjer om geografisk fordeling af nye ydernumre, som tilstræber en ligelig fordeling af praksis i regionen samt handicapvenlige adgangsforhold.'

Det vil sige, at der tages udgangspunkt i en opgørelse af antal borgere pr. kapacitet i regionens fire hovedområder Nord, Syd, Midt og Byen, og i de enkelte planområder dvs. kommuner/bydele.

2. En helhedsvurdering, ud fra ovenstående samt følgende parametre, med henblik på at imødekomme borgernes behov for psykologhjælp bedst muligt:
 - Ventetid: Der ses på ventetidsregistreringen på sundhed.dk.
 - Aktivitet og omsætning: Tyder aktivitets/omsætningsoversigten på, at der er patientunderlag til en anden fordeling end den geografisk forudsatte
 - Borgernes forbrugsmønster fordelt på geografiske områder: Den geografiske fordeling af praksis suppleres med en iagttagelse af, i hvilket omfang borgere benytter psykolog i egen kommune/bydel i forhold til øvrige geografiske områder.

Helhedsvurderingen kan, afhængigt af udviklingen i et område i forhold til andre, i nogle situationer medføre, at der accepteres en lidt større andel af ydernumre i et hovedområde frem for andre.

3. Handicapvenlige forhold. Overenskomstens tekst herom, § 11 stk. 2 anmærkning:

”Klinikken skal indeholde et konsultationslokale, der udelukkende anvendes til praksis. Der bør være fri og ubesværet adgang til konsultationslokalet, og der bør i umiddelbar tilknytning hertil være adgang til toilet og håndvask. Ved etablering af kliniklokaler i forbindelse med tiltrædelse af overenskomsten, ved flytning af klinik samt i forbindelse med nyindretning af eksisterende kliniklokaler bør der, under hensyntagen til de økonomiske forhold i forbindelse hermed, i videst muligt omfang etableres hensigtsmæssige forhold for bevægelseshæmmede såvel med hensyn til adgangsforhold til kliniklokalene som med hensyn til indretningen af disse. Oplysninger om adgangsforholdene bør foreligge i en form, der gør det muligt for den bevægelseshæmmede at relatere dem til sine bevægelsesproblemer.”

4. I særlige tilfælde kan desuden indgå vurderinger af infrastruktur mellem to eller flere planområder og særlige strukturer i det kommunale sundhedsvæsen, som kan begrunde, at de ses i sammenhæng, når kapaciteten vurderes.

Kriterier for tilladelse til flytning af praksis

a) Kriterier for tilladelse til flytning inden for et planområde, dvs. inden for samme kommune/bydel.

Disse retningslinjer benyttes når psykologer ansøger om at flytte praksis inden for samme planområde

Følgende kriterier skal være opfyldt for, at der administrativt kan gives tilladelse til flytning inden for et planområde:

1. De lokaler, som praksis flytter til, opfylder overenskomstens krav til lokaler. (Overenskomstens § 11, stk. 2, anmærkning)
"Klinikken skal indeholde et konsultationslokale, der udelukkende anvendes til praksis. Der bør være fri og ubesværet adgang til konsultationslokalet, og der bør i umiddelbar tilknytning hertil være adgang til toilet og håndvask. Ved etablering af kliniklokaler i forbindelse med tiltrædelse af overenskomsten, ved flytning af klinik samt i forbindelse med nyindretning af eksisterende kliniklokaler bør der, under hensyntagen til de økonomiske forhold i forbindelse hermed, i videst muligt omfang etableres hensigtsmæssige forhold for bevægelseshæmmede såvel med hensyn til adgangsforhold til kliniklokalene som med hensyn til indretningen af disse. Oplysninger om adgangsforholdene bør foreligge i en form, der gør det muligt for den bevægelseshæmmede at relatere dem til sine bevægelsesproblemer."
2. Hvis psykologen er opsagt i sit lejemål, som nødvendiggør en flytning af klinikken, kan der administrativt gives en midlertidig tilladelse. Hvis ikke sagen kan afgøres endeligt på administrativt niveau, behandles sagen på førstkommende samarbejdsudvalgsmøde.
3. Hvis en flytning ikke kan godkendes administrativt, behandles sagen i samarbejdsudvalget.
4. Hvis en psykolog ønsker at flytte mellem planområderne eller mellem hovedområderne, kan psykologen søge opslåede kapaciteter på lige fod med andre psykologer. I øvrigt kan der altid søges ledige kapaciteter på lige fod med andre psykologer.
5. De konkrete afgørelser om flytning kan af den ansøgende psykolog indbringes for Landssamarbejdsudvalget.

b) Kriterier for tilladelse til flytning **mellem planområder**, dvs. mellem kommuner/bydele, samt mellem hovedområder, dvs. mellem Nord, Midt, Syd og Byen.

Disse retningslinjer benyttes, når psykologer ansøger om at flytte til et andet planområde, dvs. kommune/bydel eller andet hovedområde dvs. Nord, Midt, Syd og Byen.

Disse flyttesager afgøres altid i samarbejdsudvalget.

1. Der tages udgangspunkt i en vurdering af praksis fordeling mellem områderne: Det iagttages, hvordan flytningen forrykker balancen vedr. antal borgere pr. psykolog i de involverede områder, idet der tilstræbes en ligelig fordeling af praksis mellem områderne.
2. Der foretages ved flytninger mellem planområder og hovedområder herefter en helhedsvurdering af de fire parametre (ligelig geografisk fordeling, ventetid, aktivitet og omsætning samt borgernes forbrugsmønstre), som er beskrevet under proceduren for geografisk fordeling af kapaciteter.

Herudover inddrages:

3. En vurdering af, om de lokaler, som praksis flytter til, opfylder overenskomstens krav til lokaler. Jævnfør overenskomstens § 11, stk. 2, anmærkning:
"Klinikken skal indeholde et konsultationslokale, der udelukkende anvendes til praksis. Der bør være fri og ubesværet adgang til konsultationslokalet, og der bør i umiddelbar tilknytning hertil være adgang til toilet og håndvask. Ved etablering af kliniklokaler i forbindelse med tiltrædelse af overenskomsten, ved flytning af klinik samt i forbindelse med nyindretning af eksisterende kliniklokaler bør der, under hensyntagen til de økonomiske forhold i forbindelse hermed, i videst muligt omfang etableres hensigtsmæssige forhold for bevægelseshæmmede såvel med hensyn til adgangsforhold til kliniklokalene som med hensyn til indretningen af disse. Oplysninger om adgangsforholdene bør foreligge i en form, der gør det muligt for den bevægelseshæmmede at relatere dem til sine bevægelsesproblemer."
4. En vurdering af, om flytningen giver anledning til at øge antallet af praksisfællesskaber (klinikfællesskaber). Praksisplan for psykologhjælp 2009-2012 anbefaler, at etablering af praksisfællesskaber understøttes.

Evaluerings

Vejledningens retningslinjer evalueres efter et års virke. Evalueringen forelægges samarbejdsudvalget.

Bilag 3 Grundbeskrivelse

Grundbeskrivelse

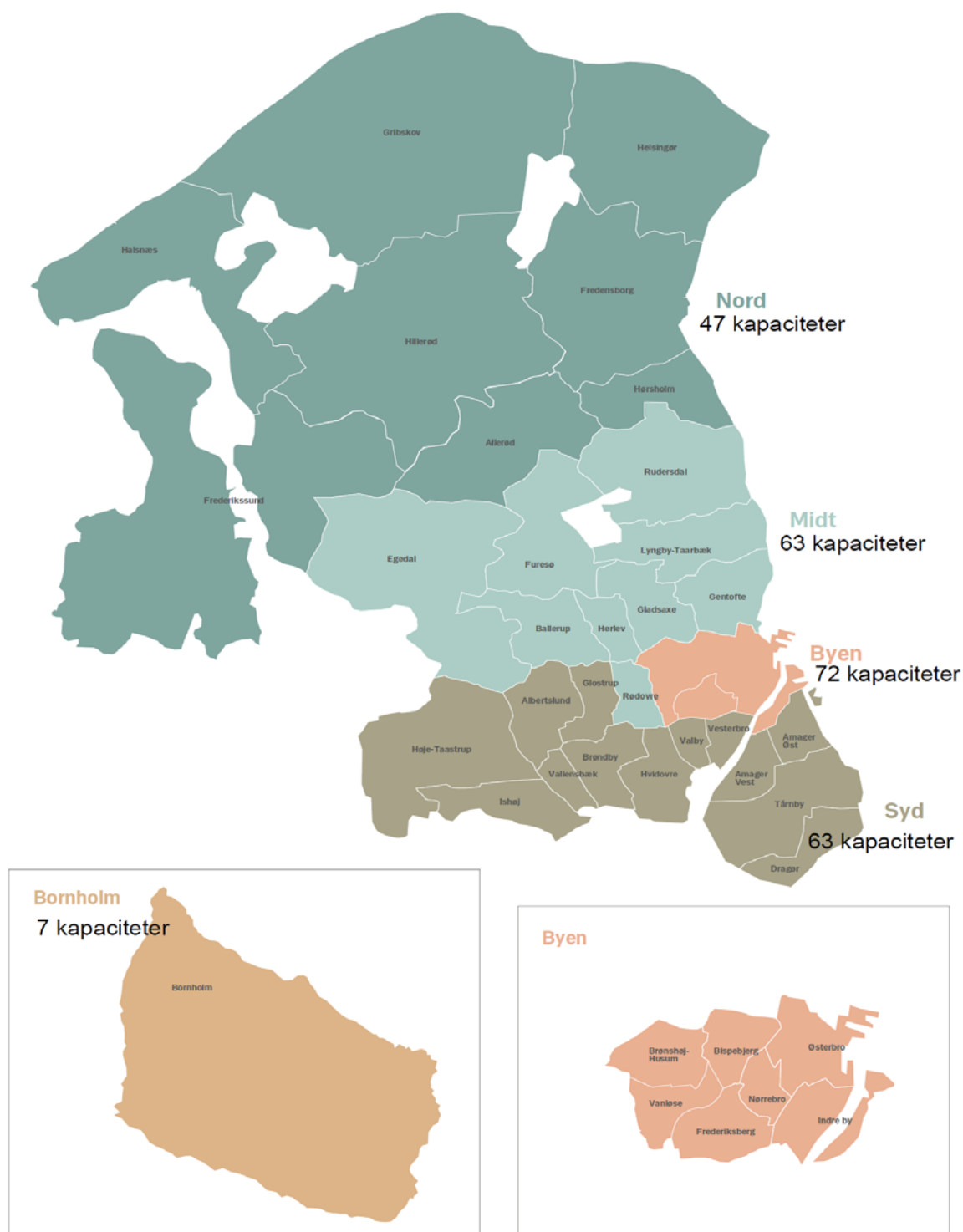
Psykologpraksis i Region Hovedstaden

Praksisplan 2018-21

Version 27.januar 2017

Region Hovedstadens geografiske inddeling

Figur 1. Oversigt over planområder og planlægningsområder i Region Hovedstaden

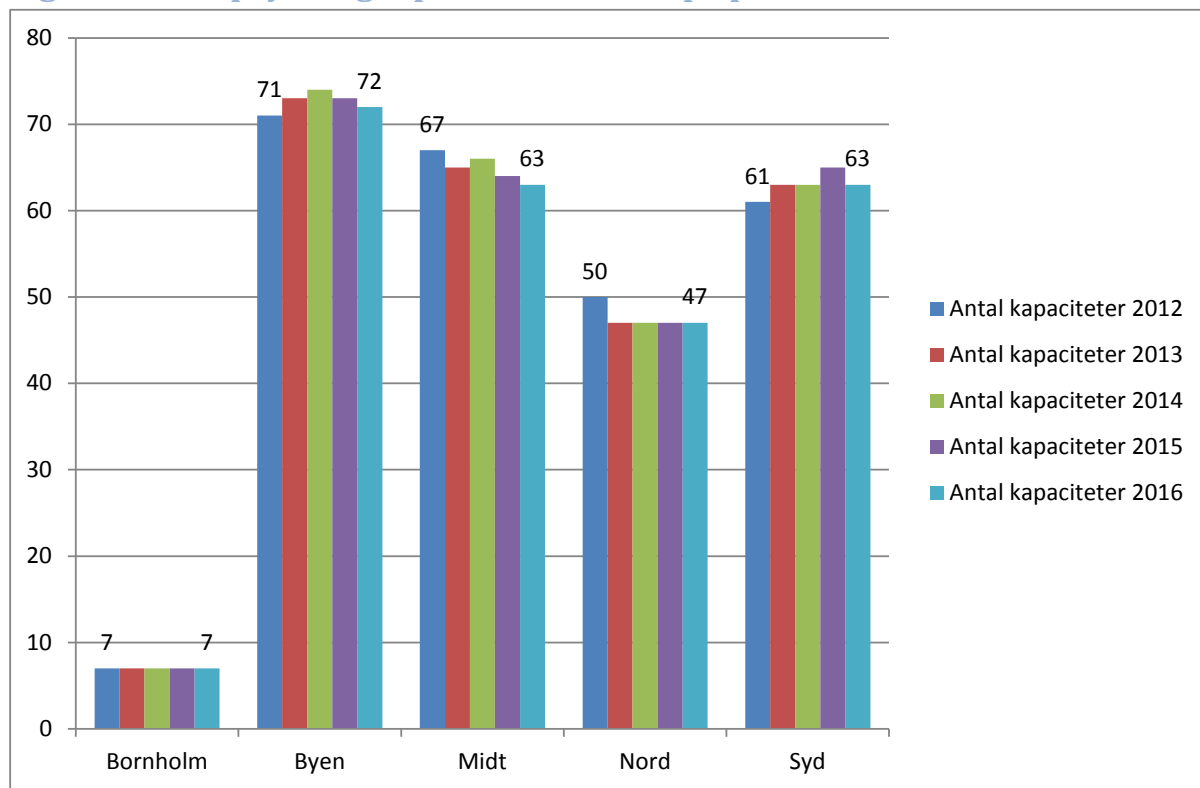


Tabel 1. Planområder og planlægningsområder i Region Hovedstaden

Planområde	Nord	Midt	Byen	Syd
Planlægningsområde	Allerød Kommune Fredensborg Kommune Frederikssund Kommune Gribskov Kommune Halsnæs Kommune Helsingør Kommune Hillerød Kommune Hørsholm Kommune	Ballerup Kommune Egedal Kommune Furesø Kommune Gentofte Kommune Gladsaxe Kommune Herlev Kommune Lyngby-Taarbæk Kommune Rudersdal Kommune Rødovre Kommune	Bispebjerg Bornholms Regionskommune Brønshøj-Husum Frederiksberg Kommune Indre by Nørrebro Vanløse Østerbro	Albertslund Kommune Amager Brøndby Kommune Dragør Kommune Glostrup Kommune Hvidovre Kommune Høje-Taastrup Kommune Ishøj Kommune Tårnby Kommune Valby Vallensbæk Kommune Vesterbro

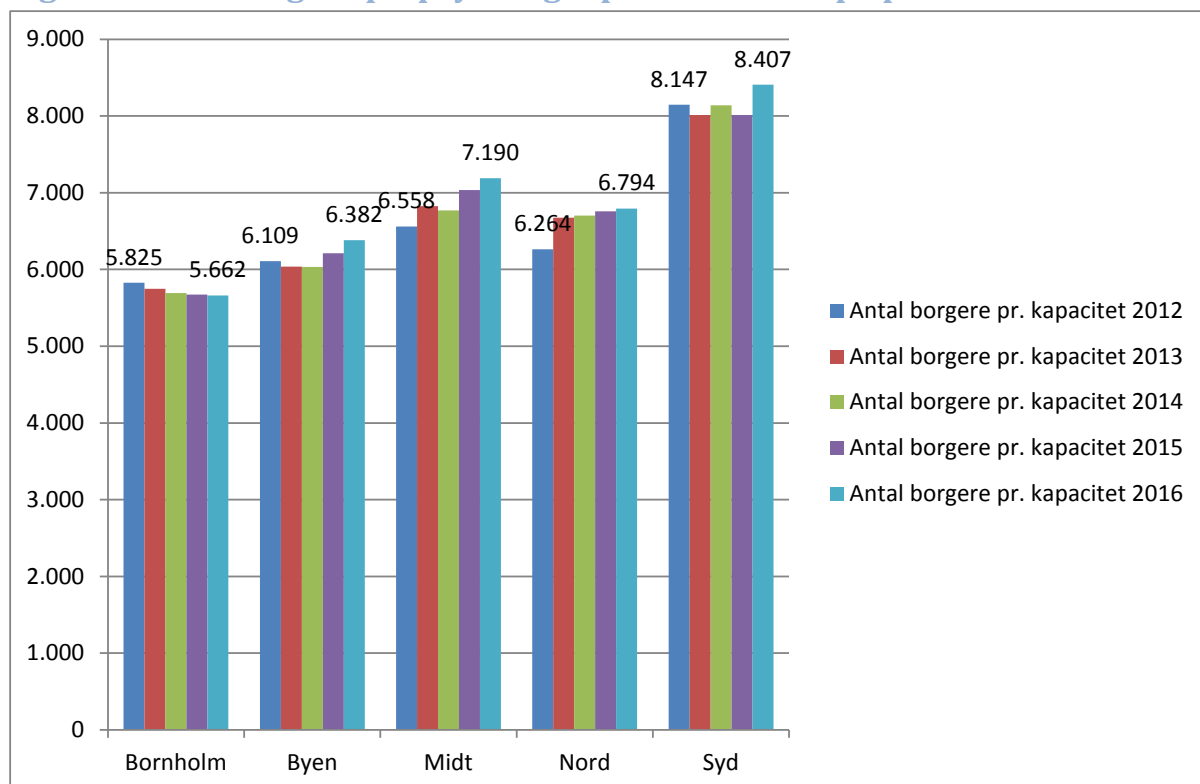
Kapaciteter og befolkningsunderlag 2012-16

Figur 2. Antal psykologkapaciteter fordelt på planområder 2012-16



Kilde: NOTUS Regional: Antal kapaciteter pr. 1/9 2012-16 (trukket den 9/6 2017)

Figur 3. Antal borgere pr. psykologkapacitet fordelt på planområder 2012-16



Kilde: Targit: Antal borgere (sikrede) pr. 1/12 2012-16 (trukket den 14/6 2017)

Kilde: NOTUS Regional: Antal kapaciteter pr. 1/9 2012-16 (trukket den 9/6 2017)

Punkt nr. 17 - Godkendelse af Praksisplan for psykologhjælp 2018-2021
Bilag 2 - Side -53 af 103

Tabel 2. Antal borgere pr. kapacitet fordelt på planlægningsområder 2012-16

Planområde/ planlægningsområde	Antal borgere pr. kapacitet 2012	Antal borgere pr. kapacitet 2013	Antal borgere pr. kapacitet 2014	Antal borgere pr. kapacitet 2015	Antal borgere pr. kapacitet 2016
Bornholm	5.825	5.748	5.694	5.674	5.662
Bornholms Regionskommune	5.825	5.748	5.694	5.674	5.662
Byen	6.102	6.031	6.028	6.204	6.375
Bispebjerg	10.303	8.767	8.961	9.108	9.220
Brønshøj-Husum	21.158	21.558	21.980	22.160	14.896
Frederiksberg Kommune	6.721	6.799	6.865	6.936	6.987
Indre by	1.625	1.707	1.680	1.786	1.976
Nørrebro	9.565	8.635	8.757	8.854	10.020
Vanløse	9.620	9.785	9.880	10.061	10.166
Østerbro	12.206	10.639	10.712	10.910	9.754
Midt	6.558	6.825	6.771	7.034	7.190
Ballerup Kommune	8.026	8.066	8.043	8.025	8.026
Egedal Kommune	10.484	10.546	10.623	10.663	8.577
Furesø Kommune	6.359	5.489	5.562	5.708	8.086
Gentofte Kommune	4.872	4.936	4.967	5.357	5.801
Gladsaxe Kommune	8.215	8.302	8.390	8.458	7.604
Herlev Kommune	6.733	6.915	7.029	7.091	7.094
Lyngby-Taarbæk Kommune	5.954	7.733	6.821	7.848	6.881
Rudersdal Kommune	6.067	6.860	6.904	6.945	7.979
Rødovre Kommune	6.205	6.251	6.279	6.312	6.401
Nord	6.264	6.675	6.702	6.757	6.794
Allerød Kommune	4.802	4.821	4.862	6.162	6.203
Fredensborg Kommune	13.124	13.161	13.220	10.002	10.082
Frederikssund Kommune	8.862	11.087	8.865	8.924	7.477
Gribskov Kommune	6.769	6.783	6.793	6.838	6.854
Halsnæs Kommune	10.248	10.192	10.232	10.326	10.363
Helsingør Kommune	5.124	5.585	5.596	5.633	5.659
Hillerød Kommune	4.019	4.411	4.895	4.948	4.996
Hørsholm Kommune	6.112	6.140	6.184	6.216	8.295
Syd	8.147	8.013	8.140	8.014	8.407
Albertslund Kommune	6.916	6.880	6.920	6.954	6.951
Amager	9.478	8.974	8.565	8.777	9.003
Brøndby Kommune	6.825	6.892	6.980	7.025	7.087
Dragør Kommune	13.875	13.943	13.987	14.104	14.241
Glostrup Kommune	10.921	7.356	11.147	7.478	7.483
Hvidovre Kommune	8.535	8.626	8.703	8.789	8.806
Høje-Taastrup Kommune	8.063	8.128	8.184	7.106	8.348
Ishøj Kommune	10.535	10.752	10.978	11.139	11.313
Tårnby Kommune	8.307	8.391	8.497	8.548	8.585
Valby	8.271	8.477	8.608	8.796	9.077
Vallensbæk Kommune	4.919	5.022	5.051	5.129	5.217
Vesterbro	6.570	6.695	6.836	6.987	8.138
Hovedtotal	6.733	6.834	6.851	6.958	7.145

Kilde: Targit: Antal borgere (sikrede) pr. 1/12 2012-16 (trukket den 14/6 2017)

Kilde: NOTUS Regional: Antal kapaciteter pr. 1/9 2012-16 (trukket den 9/6 2017)

Tabel 3. Antal borgere pr. kapacitet fordelt på planlægningsområder 2016

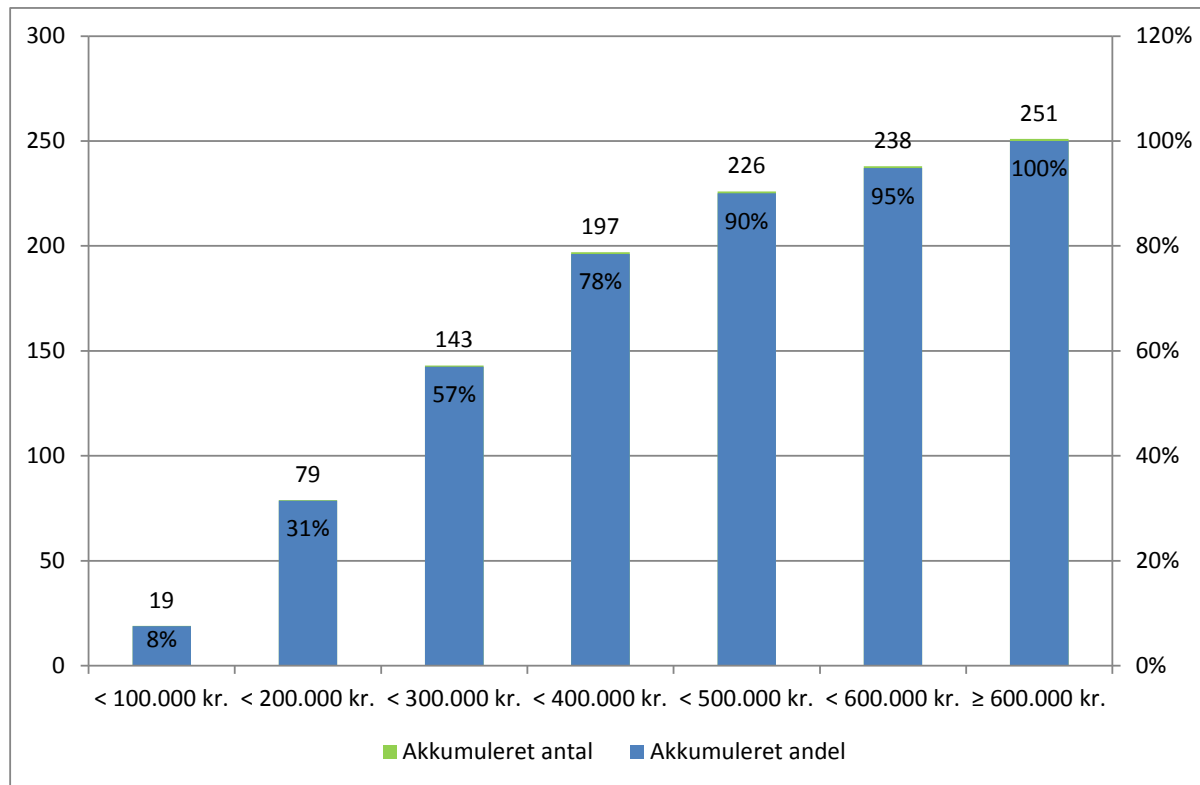
Planområde/ planlægningsområde	Antal kapaciteter 2016	Antal borgere 2016	Antal borgere pr. kapacitet 2016
Bornholm	7	39.631	5.662
Bornholms Regionskommune	7	39.631	5.662
Byen	72	458.994	6.375
Bispebjerg	6	55.319	9.220
Brønshøj-Husum	3	44.688	14.896
Frederiksberg Kommune	15	104.805	6.987
Indre by	28	55.328	1.976
Nørrebro	8	80.159	10.020
Vanløse	4	40.665	10.166
Østerbro	8	78.030	9.754
Midt	63	452.994	7.190
Ballerup Kommune	6	48.158	8.026
Egedal Kommune	5	42.885	8.577
Furesø Kommune	5	40.431	8.086
Gentofte Kommune	13	75.408	5.801
Gladsaxe Kommune	9	68.435	7.604
Herlev Kommune	4	28.374	7.094
Lyngby-Taarbæk Kommune	8	55.047	6.881
Rudersdal Kommune	7	55.850	7.979
Rødovre Kommune	6	38.406	6.401
Nord	47	319.309	6.794
Allerød Kommune	4	24.812	6.203
Fredensborg Kommune	4	40.329	10.082
Frederikssund Kommune	6	44.860	7.477
Gribskov Kommune	6	41.122	6.854
Halsnæs Kommune	3	31.090	10.363
Helsingør Kommune	11	62.250	5.659
Hillerød Kommune	10	49.962	4.996
Hørsholm Kommune	3	24.884	8.295
Syd	63	529.659	8.407
Albertslund Kommune	4	27.803	6.951
Amager	14	126.043	9.003
Brøndby Kommune	5	35.433	7.087
Dragør Kommune	1	14.241	14.241
Glostrup Kommune	3	22.449	7.483
Hvidovre Kommune	6	52.834	8.806
Høje-Taastrup Kommune	6	50.089	8.348
Ishøj Kommune	2	22.626	11.313
Tårnby Kommune	5	42.925	8.585
Valby	6	54.463	9.077
Vallensbæk Kommune	3	15.652	5.217
Vesterbro	8	65.101	8.138
Hovedtotal	252	1.800.587	7.145

Kilde: Targit: Antal borgere (sikrede) pr. 1/12 2016 (trukket den 14/6 2017)

Kilde: NOTUS Regional: Antal kapaciteter pr. 1/9 2016 (trukket den 9/6 2017)

Omsætningsintervaller 2016

Figur 4. Akkumuleret omsætning i psykologpraksis fordelt på omsætningsintervaller 2016



Kilde: Targit: Produktion (Bruttohonorar) 2016 (trukket den 14/6 2017)

Note: Figuren viser, at 95 pct. af samtlige psykologpraksis, svarende til 238 praksis, har en omsætning under 600 t.kr. Kun 5 pct., svarende til 13 praksis, har en omsætning over 600 t.kr.

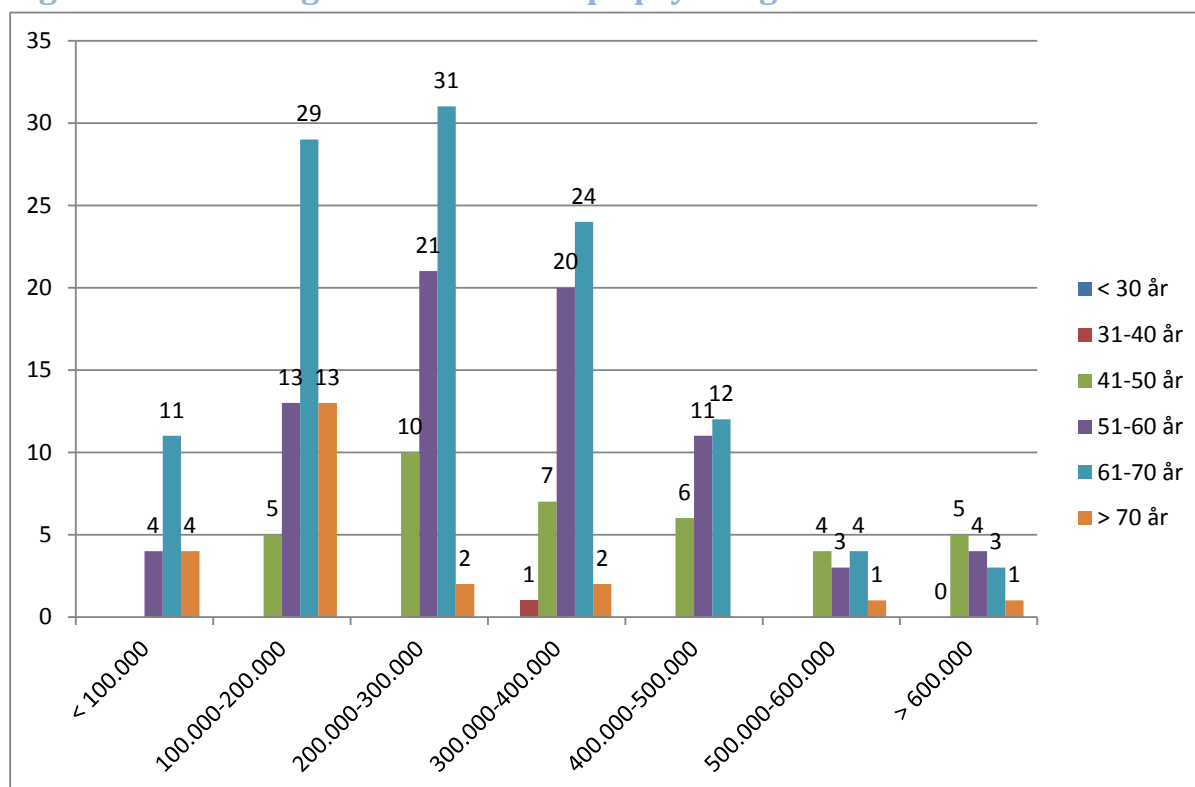
Tabel 4. Antal og andel kapaciteter fordelt på omsætningsintervaller 2016

Omsætningsinterval	Antal kapaciteter 2016								
	Bornholm	Byen	Midt	Nord	Syd	Hovedtotal	Andel	Akkumuleret antal	Akkumuleret andel
< 100.000 kr.	1	6	8	2	2	19	8%	19	8%
100.000-200.000 kr.	3	12	14	14	17	60	24%	79	31%
200.000-300.000 kr.	1	18	14	17	14	64	25%	143	57%
300.000-400.000 kr.	1	19	10	6	18	54	22%	197	78%
400.000-500.000 kr.		7	12	4	6	29	12%	226	90%
500.000-600.000 kr.		7	1	1	3	12	5%	238	95%
> 600.000 kr.		3	4	3	3	13	5%	251	100%
Hovedtotal	6	72	63	47	63	251	100%		

Kilde: Targit: Produktion (Bruttohonorar) 2016 (trukket den 14/6 2017)

Kilde: NOTUS Regional: Antal kapaciteter pr. 1/9 2016 (trukket den 9/6 2017)

Figur 5. Omsætningsinterval fordelt på psykologernes alder 2016

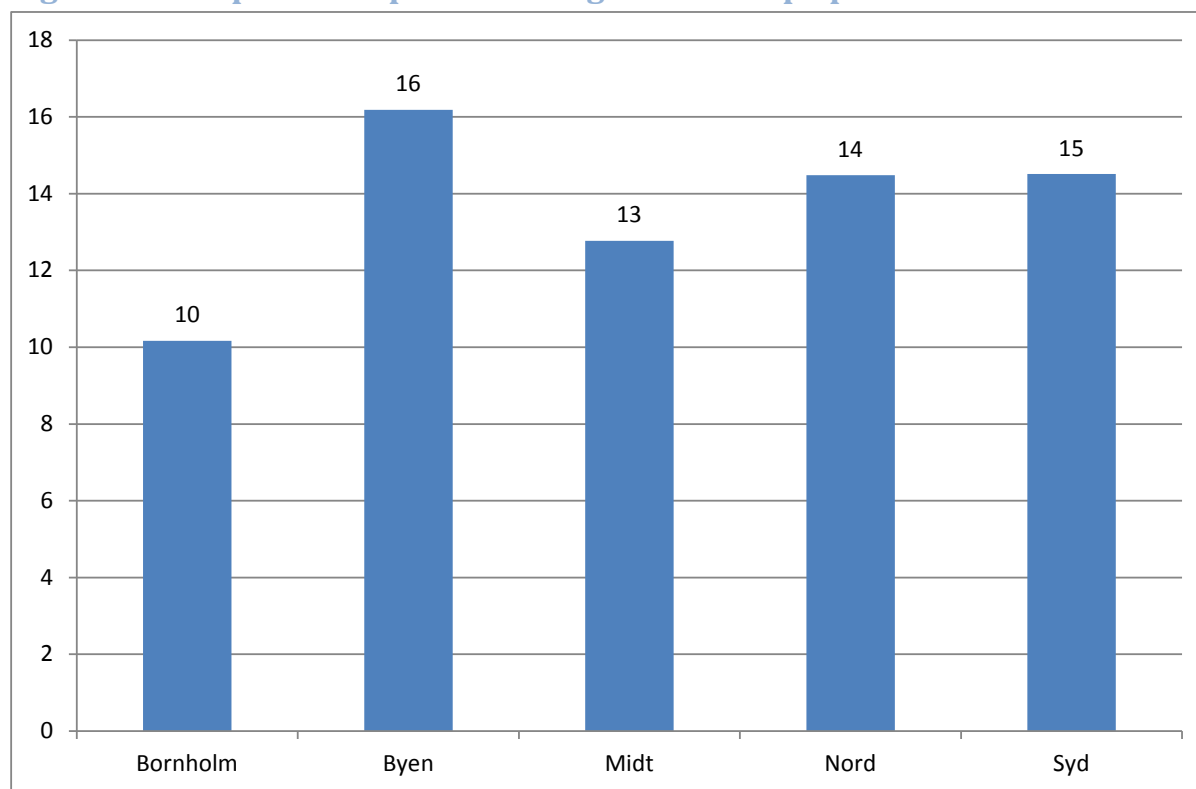


Kilde: Targit: Produktion (Bruttohonorar) 2016 (trukket den 14/6 2017)

Kilde: NOTUS Regional: Antal psykologer pr. 1/9 2016 fordelt på alder (trukket den 9/6 2017)

Forbrug i forhold til befolkningsunderlaget

Figur 6. Antal patienter pr. 1000 borgere fordelt på planområde 2016



Kilde: Targit: Antal borgere (sikrede) pr. 1/12 2016 og antal patienter 2016 (trukket den 14/6 2017)

Tabel 5. Udviklingen i antal patienter fordelt på planlægningsområde 2013-16

Planområder/ Planlægningsområder	Antal patienter 2013	Antal patienter 2014	Antal patienter 2015	Antal patienter 2016
Bornholm	439	480	482	403
Bornholms Regionskommune	439	480	482	403
Byen	7.821	7.662	7.589	7.428
Bispebjerg	907	915	891	926
Brønshøj-Husum	461	474	454	501
Frederiksberg Kommune	1.764	1.745	1.689	1.600
Indre by	937	862	878	801
Nørrebro	1.709	1.665	1.678	1.700
Vanløse	667	655	632	633
Østerbro	1.376	1.346	1.367	1.267
Midt	5.795	5.963	5.817	5.785
Ballerup Kommune	604	598	592	618
Egedal Kommune	561	657	634	591
Furesø Kommune	527	511	497	482
Gentofte Kommune	878	874	869	885
Gladsaxe Kommune	1.006	1.045	1.004	1.040
Herlev Kommune	354	428	381	389
Lyngby-Taarbæk Kommune	708	710	755	728
Rudersdal Kommune	678	604	603	581
Rødovre Kommune	479	536	482	471
Nord	4.522	4.522	4.711	4.625
Allerød Kommune	303	318	337	328
Fredensborg Kommune	484	509	524	524
Frederikssund Kommune	616	652	745	709
Gribskov Kommune	594	579	639	665
Halsnæs Kommune	442	443	391	336
Helsingør Kommune	1.090	1.042	1.082	1.047
Hillerød Kommune	726	707	715	701
Hørsholm Kommune	267	272	278	315
Syd	7.621	7.923	7.826	7.685
Albertslund Kommune	361	359	377	346
Amager	2.053	2.175	2.155	2.128
Brøndby Kommune	387	418	409	424
Dragør Kommune	151	153	149	145
Glostrup Kommune	305	329	342	340
Hvidovre Kommune	665	724	696	654
Høje-Taastrup Kommune	636	649	591	600
Ishøj Kommune	244	231	248	274
Tårnby Kommune	562	571	590	538
Valby	822	889	827	769
Vallensbæk Kommune	171	180	195	194
Vesterbro	1.264	1.245	1.247	1.273
Hovedtotal	25.468	25.895	25.804	25.333

Kilde: Targit: Forbrug (Antal patienter) 2013-16 (trukket den 14/6 2017)

Tabel 6. Udviklingen i antal patienter pr. 1.000 borgere fordelt på planlægningsområde 2013-16

Planområder/ Planlægningsområder	Antal patienter pr. 1000 borgere 2013	Antal patienter pr. 1000 borgere 2014	Antal patienter pr. 1000 borgere 2015	Antal patienter pr. 1000 borgere 2016
Bornholm	11	12	12	10
Bornholms Regionskommune	11	12	12	10
Byen	18	17	17	16
Bispebjerg	17	17	16	17
Brønshøj-Husum	11	11	10	11
Frederiksberg Kommune	17	17	16	15
Indre by	18	17	16	14
Nørrebro	22	21	21	21
Vanløse	17	17	16	16
Østerbro	18	18	18	16
Midt	13	13	13	13
Ballerup Kommune	12	12	12	13
Egedal Kommune	13	15	15	14
Furesø Kommune	14	13	12	12
Gentofte Kommune	12	12	12	12
Gladsaxe Kommune	15	16	15	15
Herlev Kommune	13	15	13	14
Lyngby-Taarbæk Kommune	13	13	14	13
Rudersdal Kommune	12	11	11	10
Rødovre Kommune	13	14	13	12
Nord	14	14	15	14
Allerød Kommune	13	13	14	13
Fredensborg Kommune	12	13	13	13
Frederikssund Kommune	14	15	17	16
Gribskov Kommune	15	14	16	16
Halsnæs Kommune	14	14	13	11
Helsingør Kommune	18	17	17	17
Hillerød Kommune	15	14	14	14
Hørsholm Kommune	11	11	11	13
Syd	15	15	15	15
Albertslund Kommune	13	13	14	12
Amager	18	18	18	17
Brøndby Kommune	11	12	12	12
Dragør Kommune	11	11	11	10
Glostrup Kommune	14	15	15	15
Hvidovre Kommune	13	14	13	12
Høje-Taastrup Kommune	13	13	12	12
Ishøj Kommune	11	11	11	12
Tårnby Kommune	13	13	14	13
Valby	16	17	16	14
Vallensbæk Kommune	11	12	13	12
Vesterbro	21	20	20	20
Hovedtotal	15	15	15	14

Kilde: Targit: Forbrug (Antal patienter) 2013-16 (trukket den 14/6 2017)

Kilde: Targit: Antal borgere (sikrede) pr. 1/12 2013-16 (trukket den 14/6 2017)

Tabel 7. Borgernes forbrug af psykologydelser 2016

Planområder/ Planlægningsområder	Antal patienter pr. 1.000 borgere 2016	Antal ydelser pr. 1.000 borgere 2016	Brutto Honorar pr. 1.000 borgere 2016	Andel patienter ift. antal borgere 2016
Bornholm	10	63	kr. 31.350	1,0%
Bornholms Regionskommune	10	63	kr. 31.350	1,0%
Byen	16	95	kr. 47.718	1,6%
Bispebjerg	17	97	kr. 48.794	1,7%
Brønshøj-Husum	11	65	kr. 32.483	1,1%
Frederiksberg Kommune	15	91	kr. 45.544	1,5%
Indre by	14	85	kr. 42.540	1,4%
Nørrebro	21	126	kr. 62.978	2,1%
Vanløse	16	88	kr. 44.120	1,6%
Østerbro	16	97	kr. 48.473	1,6%
Midt	13	73	kr. 36.488	1,3%
Ballerup Kommune	13	71	kr. 35.759	1,3%
Egedal Kommune	14	78	kr. 39.453	1,4%
Furesø Kommune	12	65	kr. 32.707	1,2%
Gentofte Kommune	12	67	kr. 33.654	1,2%
Gladsaxe Kommune	15	96	kr. 47.673	1,5%
Herlev Kommune	14	66	kr. 33.136	1,4%
Lyngby-Taarbæk Kommune	13	75	kr. 37.721	1,3%
Rudersdal Kommune	10	61	kr. 30.656	1,0%
Rødovre Kommune	12	66	kr. 32.896	1,2%
Nord	14	80	kr. 39.872	1,4%
Allerød Kommune	13	73	kr. 36.519	1,3%
Fredensborg Kommune	13	72	kr. 35.976	1,3%
Frederikssund Kommune	16	91	kr. 45.041	1,6%
Gribskov Kommune	16	90	kr. 45.166	1,6%
Halsnæs Kommune	11	59	kr. 29.428	1,1%
Helsingør Kommune	17	93	kr. 46.899	1,7%
Hillerød Kommune	14	74	kr. 37.025	1,4%
Hørsholm Kommune	13	65	kr. 32.652	1,3%
Syd	15	82	kr. 40.995	1,5%
Albertslund Kommune	12	67	kr. 33.823	1,2%
Amager	17	96	kr. 48.078	1,7%
Brøndby Kommune	12	65	kr. 32.557	1,2%
Dragør Kommune	10	61	kr. 30.951	1,0%
Glostrup Kommune	15	81	kr. 40.662	1,5%
Hvidovre Kommune	12	69	kr. 34.647	1,2%
Høje-Taastrup Kommune	12	61	kr. 30.929	1,2%
Ishøj Kommune	12	62	kr. 31.312	1,2%
Tårnby Kommune	13	75	kr. 37.819	1,3%
Valby	14	81	kr. 40.578	1,4%
Vallensbæk Kommune	12	65	kr. 32.495	1,2%
Vesterbro	20	116	kr. 57.996	2,0%
Hovedtotal	14	82	kr. 41.164	1,4%

Kilde: Targit: Antal borgere (sikrede) pr. 1/12 2016 (trukket den 14/6 2017)

Forbrug (Antal ydelser, bruttohonorar, antal patienter) 2016 (trukket den 14/6 2017)

Tabel 8. Forbrug af psykologydelser i 2016 fordelt på regioner

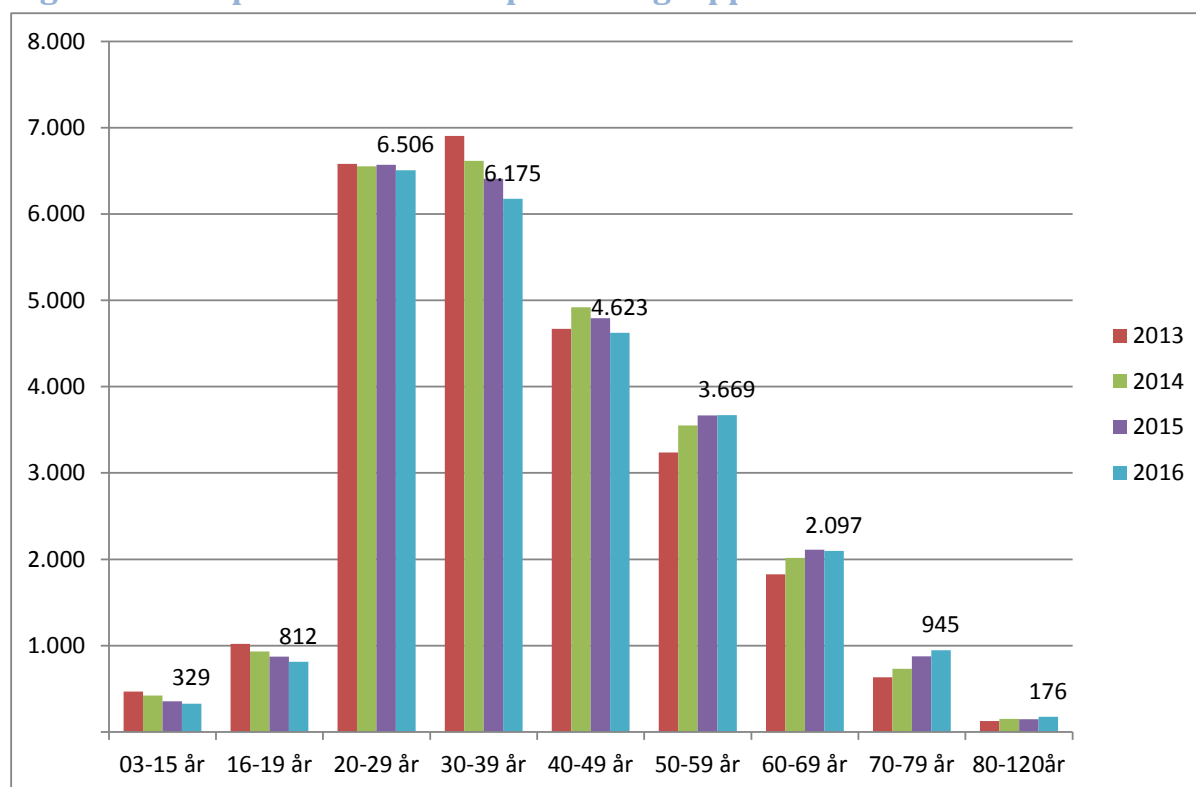
Planområder	Antal patienter pr. 1.000 borgere 2016	Antal ydelser pr. 1.000 borgere 2016	Brutto Honorar pr. 1.000 borgere 2016	Andel patienter ift. antal borgere 2016
Region Hovedstaden	14	82	kr. 41.164	1,4%
Region Midtjylland	14	81	kr. 42.202	1,4%
Region Nordjylland	16	93	kr. 46.556	1,6%
Region Sjælland	15	79	kr. 39.752	1,5%
Region Syddanmark	15	83	kr. 42.615	1,5%
Hovedtotal	15	83	kr. 42.113	1,5%

Kilde: Targit: Antal borgere (sikrede) pr. 1/12 2016 (trukket den 14/6 2017)

Forbrug (Antal ydelser, bruttohonorar, antal patienter) 2016 (trukket den 14/6 2017)

Patienternes aldersfordeling 2016

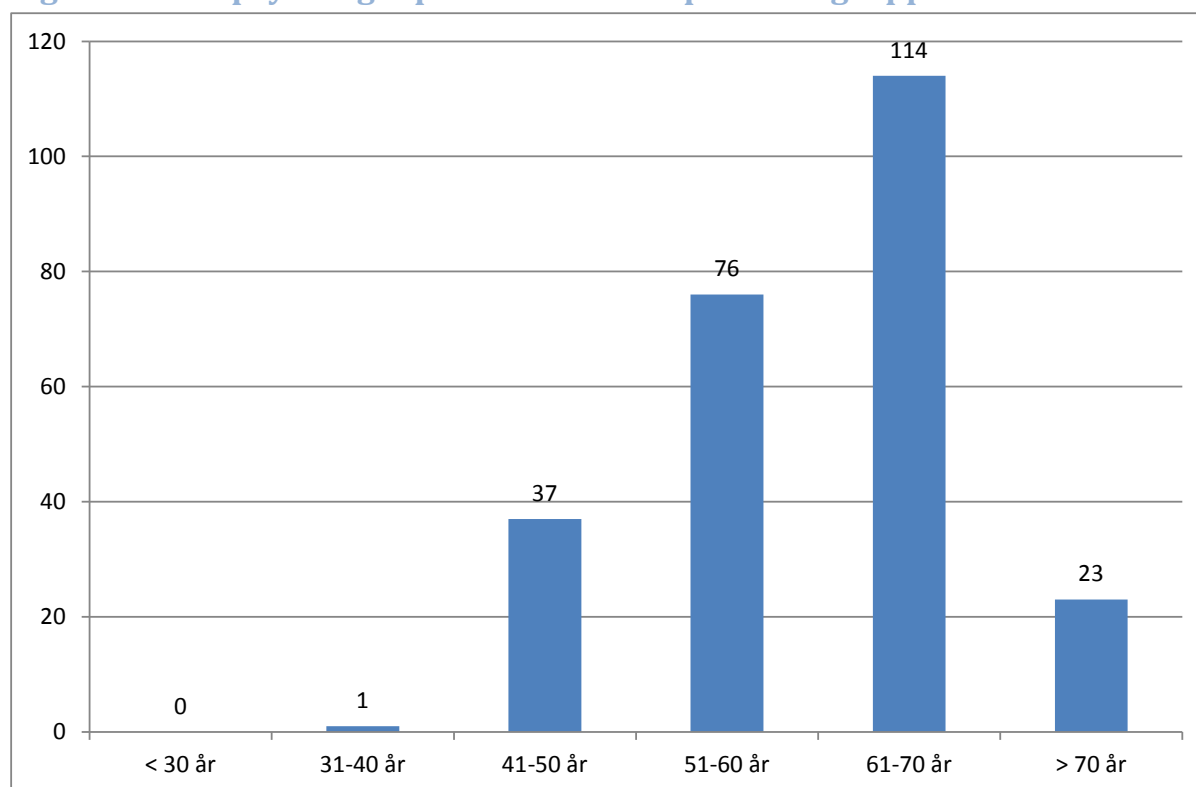
Figur 7. Antal patienter fordelt på aldersgrupper 2016



Kilde: Targit: Forbrug (Antal patienter) 2013-16 (trukket den 14/6 2017)

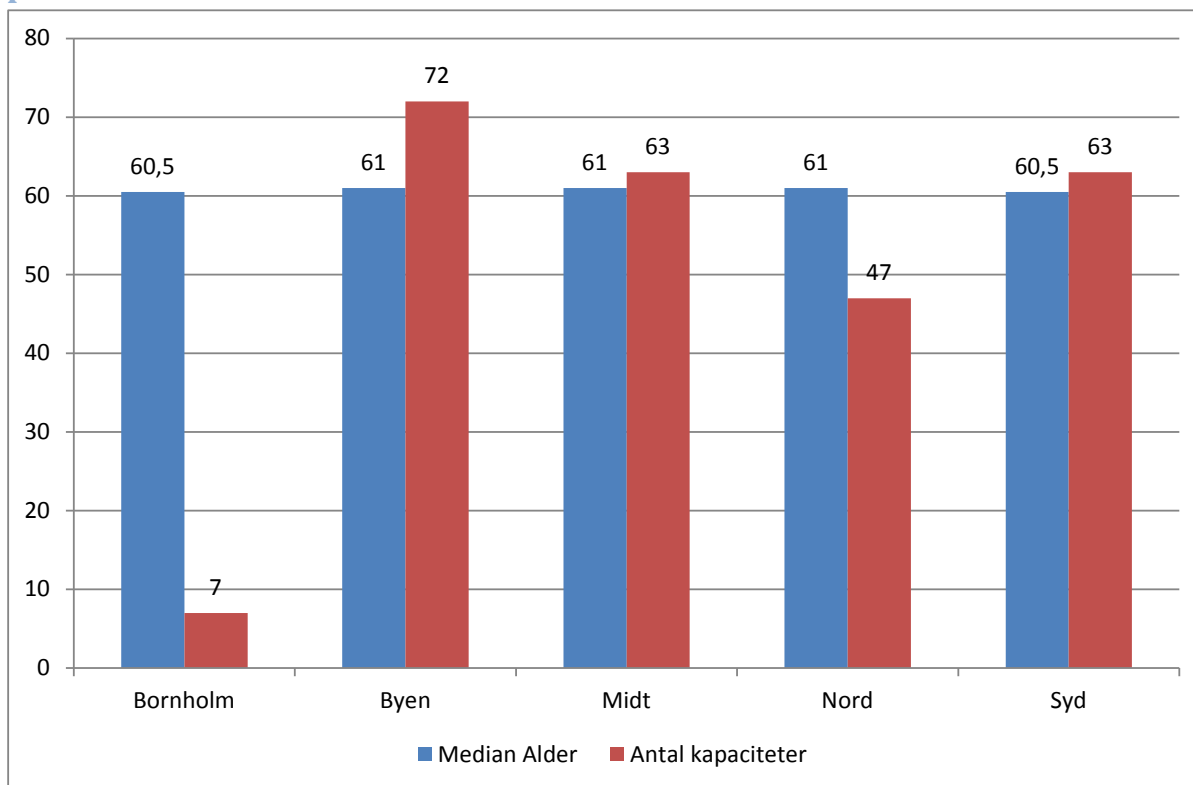
Psykologernes aldersfordeling 2016

Figur 8. Antal psykologkapaciteter fordelt på aldersgrupper 2016



Kilde: NOTUS Regional: Antal kapaciteter pr. 1/9 2016 fordelt på alder(trukket den 9/6 2017)

Figur 9. Antal psykologkapaciteter samt medianen for deres alder fordelt på planområder 2016



Kilde: NOTUS Regional: Antal kapaciteter pr. 1. september 2016 fordelt på alder(trukket den 9/6 2017)

Produktion og forbrug 2013-16

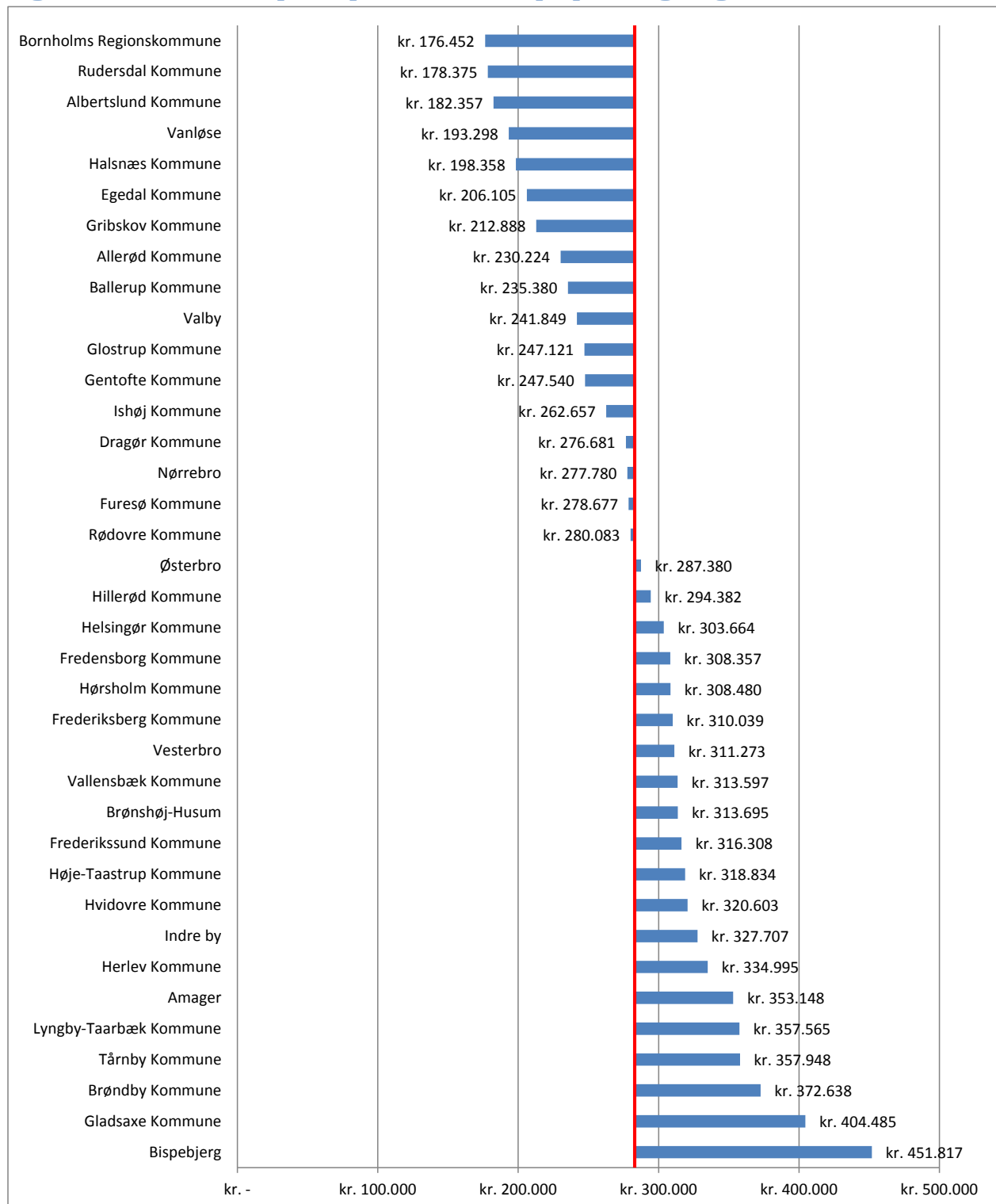
Tabel 9. Produktion pr. kapacitet fordelt på planlægningsområder 2013-16

Planområde/ planlægningsområde	Produktion pr. kapacitet 2013	Produktion pr. kapacitet 2014	Produktion pr. kapacitet 2015	Produktion pr. kapacitet 2016
Bornholm	kr. 186.969	kr. 218.807	kr. 215.688	kr. 176.452
Bornholms Regionskommune	kr. 186.969	kr. 218.807	kr. 215.688	kr. 176.452
Byen	kr. 321.761	kr. 325.250	kr. 322.472	kr. 316.289
Bispebjerg	kr. 415.776	kr. 438.374	kr. 447.912	kr. 451.817
Brønshøj-Husum	kr. 378.122	kr. 398.352	kr. 361.472	kr. 313.695
Frederiksberg Kommune	kr. 329.023	kr. 318.933	kr. 302.342	kr. 310.039
Indre by	kr. 348.184	kr. 323.910	kr. 330.679	kr. 327.707
Nørrebro	kr. 219.835	kr. 258.363	kr. 262.553	kr. 277.780
Vanløse	kr. 146.872	kr. 222.295	kr. 207.376	kr. 193.298
Østerbro	kr. 327.254	kr. 371.704	kr. 354.576	kr. 287.380
Midt	kr. 284.381	kr. 278.364	kr. 276.674	kr. 282.924
Ballerup Kommune	kr. 203.467	kr. 259.132	kr. 241.419	kr. 235.380
Egedal Kommune	kr. 208.276	kr. 211.799	kr. 213.796	kr. 206.105
Furesø Kommune	kr. 238.525	kr. 215.077	kr. 211.956	kr. 278.677
Gentofte Kommune	kr. 226.876	kr. 226.493	kr. 227.534	kr. 247.540
Gladsaxe Kommune	kr. 363.736	kr. 387.170	kr. 413.990	kr. 404.485
Herlev Kommune	kr. 375.036	kr. 344.524	kr. 334.633	kr. 334.995
Lynghby-Taarbæk Kommune	kr. 416.721	kr. 302.626	kr. 385.493	kr. 357.565
Rudersdal Kommune	kr. 250.350	kr. 233.224	kr. 183.012	kr. 178.375
Rødovre Kommune	kr. 338.026	kr. 384.142	kr. 320.213	kr. 280.083
Nord	kr. 246.158	kr. 240.943	kr. 259.546	kr. 279.450
Allerød Kommune	kr. 155.493	kr. 153.417	kr. 202.132	kr. 230.224
Fredensborg Kommune	kr. 278.704	kr. 329.402	kr. 280.705	kr. 308.357
Frederikssund Kommune	kr. 314.811	kr. 262.151	kr. 324.463	kr. 316.308
Gribskov Kommune	kr. 209.225	kr. 185.673	kr. 177.744	kr. 212.888
Halsnæs Kommune	kr. 172.311	kr. 189.853	kr. 186.599	kr. 198.358
Helsingør Kommune	kr. 264.508	kr. 294.825	kr. 293.635	kr. 303.664
Hillerød Kommune	kr. 267.026	kr. 231.040	kr. 291.379	kr. 294.382
Hørsholm Kommune	kr. 269.360	kr. 255.302	kr. 218.743	kr. 308.480
Syd	kr. 306.054	kr. 304.176	kr. 312.006	kr. 310.928
Albertslund Kommune	kr. 166.298	kr. 168.960	kr. 191.322	kr. 182.357
Amager	kr. 326.968	kr. 347.783	kr. 371.203	kr. 353.148
Brøndby Kommune	kr. 433.922	kr. 383.719	kr. 374.580	kr. 372.638
Dragør Kommune	kr. 221.181	kr. 289.543	kr. 255.758	kr. 276.681
Glostrup Kommune	kr. 166.425	kr. 336.689	kr. 165.070	kr. 247.121
Hvidovre Kommune	kr. 268.901	kr. 309.284	kr. 336.838	kr. 320.603
Høje-Taastrup Kommune	kr. 336.722	kr. 339.046	kr. 301.661	kr. 318.834
Ishøj Kommune	kr. 235.509	kr. 258.760	kr. 249.325	kr. 262.657
Tårnby Kommune	kr. 295.178	kr. 243.996	kr. 366.355	kr. 357.948
Valby	kr. 268.405	kr. 287.347	kr. 288.650	kr. 241.849
Vallensbæk Kommune	kr. 359.374	kr. 299.103	kr. 323.594	kr. 313.597
Vesterbro	kr. 356.261	kr. 276.430	kr. 280.958	kr. 311.273
Hovedtotal	kr. 290.717	kr. 289.726	kr. 293.892	kr. 295.852

Kilde: Targit: Produktion (brutto honorar) Region H 2013-16 (trukket den 14/6 2017)

Kilde: NOTUS Regional: Antal psykologkapaciteter pr. 1/9 2013-16 (trukket den 9/6 2017)

Figur 10. Produktion pr. kapacitet fordelt på planlægningsområder 2016



Kilde: Targit: Produktion (brutto honorar) Region H 2016 (trukket den 14/6 2017)

Kilde: NOTUS Regional: Antal psykologkapaciteter pr. 1/9 2016 (trukket den 9/6 2017)

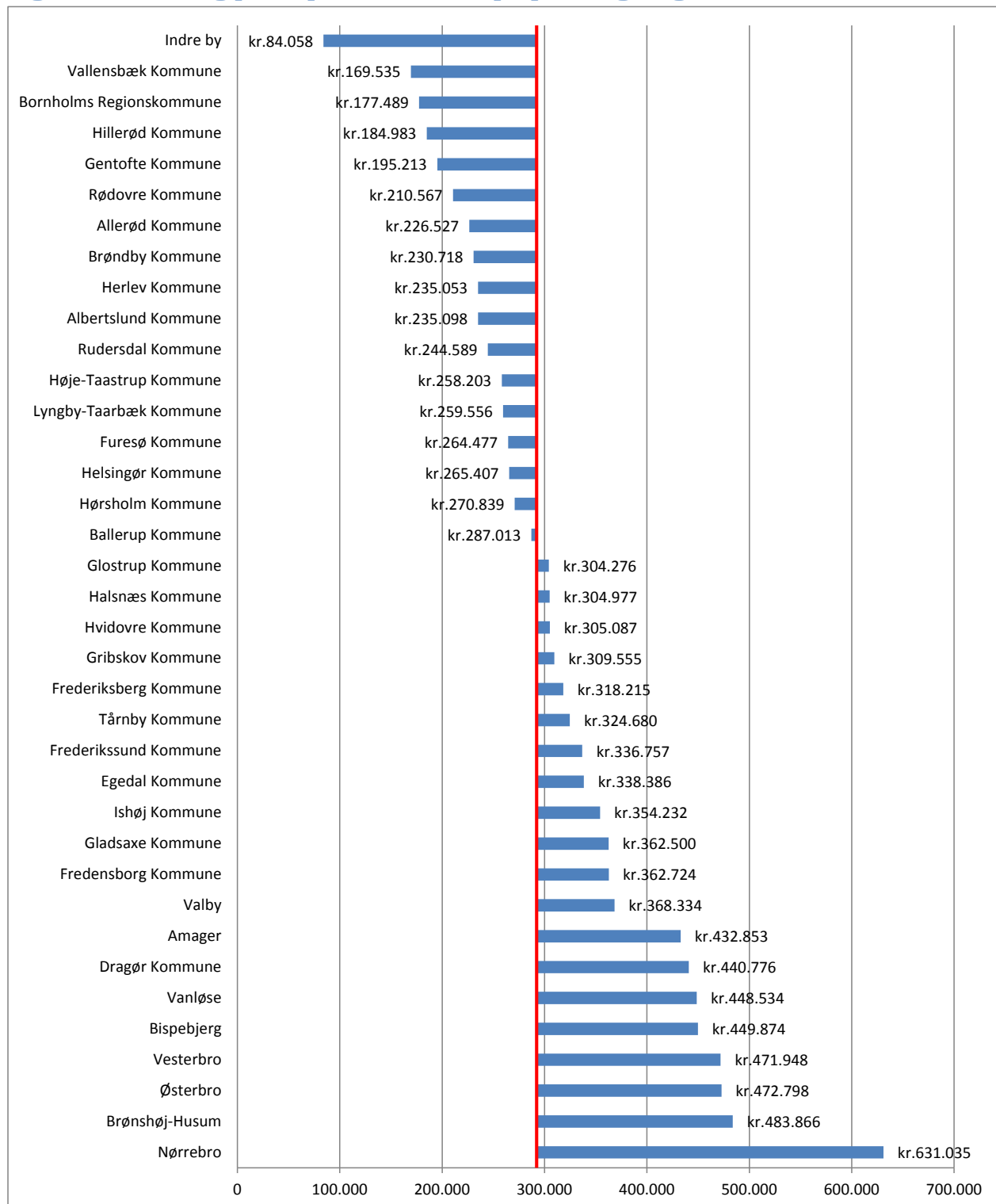
Tabel 10. Forbrug pr. kapacitet fordelt på planlægningsområder 2013-16

Planområde/ planlægningsområde	Forbrug pr. kapacitet 2013	Forbrug pr. kapacitet 2014	Forbrug pr. kapacitet 2015	Forbrug pr. kapacitet 2016
Bornholm	kr. 189.316	kr. 221.531	kr. 216.961	kr. 177.489
Bornholms Regionskommune	kr. 189.316	kr. 221.531	kr. 216.961	kr. 177.489
Byen	kr. 305.877	kr. 297.527	kr. 305.588	kr. 304.201
Bispebjerg	kr. 408.426	kr. 420.645	kr. 444.549	kr. 449.874
Brønshøj-Husum	kr. 616.323	kr. 647.788	kr. 640.265	kr. 483.866
Frederiksberg Kommune	kr. 325.484	kr. 335.701	kr. 338.079	kr. 318.215
Indre by	kr. 92.885	kr. 77.723	kr. 85.098	kr. 84.058
Nørrebro	kr. 574.065	kr. 543.964	kr. 547.684	kr. 631.035
Vanløse	kr. 473.644	kr. 456.068	kr. 443.798	kr. 448.534
Østerbro	kr. 559.406	kr. 576.091	kr. 575.945	kr. 472.798
Midt	kr. 254.345	kr. 251.021	kr. 257.217	kr. 262.363
Ballerup Kommune	kr. 260.024	kr. 260.424	kr. 262.474	kr. 287.013
Egedal Kommune	kr. 382.036	kr. 426.157	kr. 426.048	kr. 338.386
Furesø Kommune	kr. 218.947	kr. 203.793	kr. 189.578	kr. 264.477
Gentofte Kommune	kr. 162.015	kr. 168.447	kr. 186.188	kr. 195.213
Gladsaxe Kommune	kr. 395.787	kr. 384.100	kr. 378.161	kr. 362.500
Herlev Kommune	kr. 243.641	kr. 283.831	kr. 267.429	kr. 235.053
Lyngby-Taarbæk Kommune	kr. 299.567	kr. 247.386	kr. 303.695	kr. 259.556
Rudersdal Kommune	kr. 244.229	kr. 205.915	kr. 219.059	kr. 244.589
Rødovre Kommune	kr. 214.936	kr. 252.074	kr. 212.640	kr. 210.567
Nord	kr. 251.562	kr. 253.944	kr. 261.091	kr. 270.886
Allerød Kommune	kr. 152.800	kr. 173.246	kr. 197.797	kr. 226.527
Fredensborg Kommune	kr. 434.616	kr. 459.165	kr. 341.794	kr. 362.724
Frederikssund Kommune	kr. 412.495	kr. 344.516	kr. 397.643	kr. 336.757
Gribskov Kommune	kr. 273.108	kr. 245.936	kr. 272.630	kr. 309.555
Halsnæs Kommune	kr. 390.698	kr. 365.128	kr. 334.102	kr. 304.977
Helsingør Kommune	kr. 247.895	kr. 254.834	kr. 260.600	kr. 265.407
Hillerød Kommune	kr. 168.249	kr. 180.097	kr. 186.873	kr. 184.983
Hørsholm Kommune	kr. 179.321	kr. 198.483	kr. 187.819	kr. 270.839
Syd	kr. 342.182	kr. 347.323	kr. 337.995	kr. 344.656
Albertslund Kommune	kr. 256.257	kr. 254.037	kr. 263.815	kr. 235.098
Amager	kr. 464.190	kr. 445.395	kr. 438.994	kr. 432.853
Brøndby Kommune	kr. 232.903	kr. 226.744	kr. 224.337	kr. 230.718
Dragør Kommune	kr. 439.559	kr. 420.834	kr. 458.827	kr. 440.776
Glostrup Kommune	kr. 268.981	kr. 434.516	kr. 296.582	kr. 304.276
Hvidovre Kommune	kr. 302.908	kr. 311.827	kr. 323.871	kr. 305.087
Høje-Taastrup Kommune	kr. 264.909	kr. 263.324	kr. 213.901	kr. 258.203
Ishøj Kommune	kr. 309.064	kr. 303.433	kr. 300.719	kr. 354.232
Tårnby Kommune	kr. 321.521	kr. 319.750	kr. 355.395	kr. 324.680
Valby	kr. 395.268	kr. 415.535	kr. 373.286	kr. 368.334
Vallensbæk Kommune	kr. 156.204	kr. 156.478	kr. 166.687	kr. 169.535
Vesterbro	kr. 401.566	kr. 398.547	kr. 415.504	kr. 471.948
Hovedtotal	kr. 288.500	kr. 287.750	kr. 291.131	kr. 294.122

Kilde: Targit: Forbrug (brutto honorar) 2013-16 (trukket den 14/6 2017)

Note: Brutto Honorar vedr. forbrug er ekskl. "udenlandske borgere" og "uden for fordeling"

Figur 11. Forbrug pr. kapacitet fordelt på planlægningsområder 2016



Kilde: Targit: Forbrug (brutto honorar) 2016 (trukket den 14/6 2017)

Note: Brutto Honorar vedr. forbrug er ekskl. "udenlandske borgere" og "uden for fordeling"

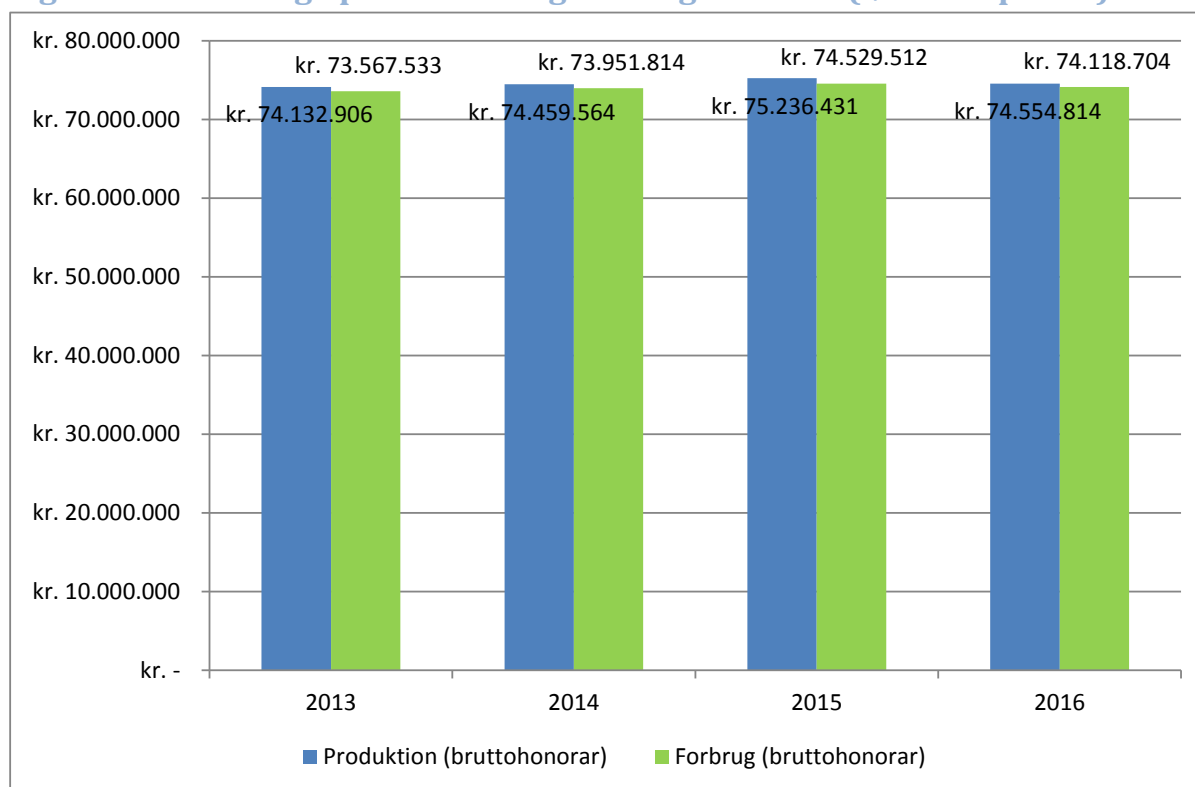
Tabel 11. Produktion versus forbrug fordelt på planlægningsområder 2016

Planområde/ planlægningsområder	Produktion (Brutto Honorar) 2016	Forbrug (Brutto Honorar) 2016	Forskel i kr.	Forskel i pct.
Bornholm	kr. 1.235.161	kr. 1.242.420	kr. 7.260	0,6%
Bornholms Regionskommune	kr. 1.235.161	kr. 1.242.420	kr. 7.260	0,6%
Byen	kr. 22.772.840	kr. 21.902.491	kr. -870.348	-4,0%
Bispebjerg	kr. 2.710.900	kr. 2.699.246	kr. -11.654	-0,4%
Brønshøj-Husum	kr. 941.086	kr. 1.451.597	kr. 510.511	35,2%
Frederiksberg Kommune	kr. 4.650.581	kr. 4.773.220	kr. 122.640	2,6%
Indre by	kr. 9.175.801	kr. 2.353.630	kr. -6.822.170	-289,9%
Nørrebro	kr. 2.222.244	kr. 5.048.281	kr. 2.826.038	56,0%
Vanløse	kr. 773.192	kr. 1.794.135	kr. 1.020.944	56,9%
Østerbro	kr. 2.299.038	kr. 3.782.381	kr. 1.483.343	39,2%
Midt	kr. 17.824.192	kr. 16.528.845	kr. -1.295.347	-7,8%
Ballerup Kommune	kr. 1.412.278	kr. 1.722.075	kr. 309.798	18,0%
Egedal Kommune	kr. 1.030.523	kr. 1.691.932	kr. 661.409	39,1%
Furesø Kommune	kr. 1.393.384	kr. 1.322.387	kr. -70.997	-5,4%
Gentofte Kommune	kr. 3.218.017	kr. 2.537.764	kr. -680.253	-26,8%
Gladsaxe Kommune	kr. 3.640.366	kr. 3.262.501	kr. -377.865	-11,6%
Herlev Kommune	kr. 1.339.981	kr. 940.213	kr. -399.768	-42,5%
Lyngby-Taarbæk Kommune	kr. 2.860.521	kr. 2.076.449	kr. -784.072	-37,8%
Rudersdal Kommune	kr. 1.248.624	kr. 1.712.121	kr. 463.496	27,1%
Rødovre Kommune	kr. 1.680.499	kr. 1.263.403	kr. -417.095	-33,0%
Nord	kr. 13.134.140	kr. 12.731.626	kr. -402.514	-3,2%
Allerød Kommune	kr. 920.895	kr. 906.107	kr. -14.789	-1,6%
Fredensborg Kommune	kr. 1.233.429	kr. 1.450.895	kr. 217.466	15,0%
Frederikssund Kommune	kr. 1.897.849	kr. 2.020.539	kr. 122.690	6,1%
Gribskov Kommune	kr. 1.277.329	kr. 1.857.333	kr. 580.004	31,2%
Halsnæs Kommune	kr. 595.075	kr. 914.930	kr. 319.855	35,0%
Helsingør Kommune	kr. 3.340.304	kr. 2.919.480	kr. -420.824	-14,4%
Hillerød Kommune	kr. 2.943.819	kr. 1.849.825	kr. -1.093.994	-59,1%
Hørsholm Kommune	kr. 925.439	kr. 812.516	kr. -112.923	-13,9%
Syd	kr. 19.588.481	kr. 21.713.321	kr. 2.124.839	9,8%
Albertslund Kommune	kr. 729.429	kr. 940.392	kr. 210.964	22,4%
Amager	kr. 4.944.074	kr. 6.059.940	kr. 1.115.866	18,4%
Brøndby Kommune	kr. 1.863.189	kr. 1.153.588	kr. -709.602	-61,5%
Dragør Kommune	kr. 276.681	kr. 440.776	kr. 164.094	37,2%
Glostrup Kommune	kr. 741.364	kr. 912.827	kr. 171.463	18,8%
Hvidovre Kommune	kr. 1.923.617	kr. 1.830.522	kr. -93.095	-5,1%
Høje-Taastrup Kommune	kr. 1.913.004	kr. 1.549.216	kr. -363.789	-23,5%
Ishøj Kommune	kr. 525.313	kr. 708.463	kr. 183.150	25,9%
Tårnby Kommune	kr. 1.789.742	kr. 1.623.402	kr. -166.341	-10,2%
Valby	kr. 1.451.095	kr. 2.210.003	kr. 758.908	34,3%
Vallensbæk Kommune	kr. 940.791	kr. 508.606	kr. -432.185	-85,0%
Vesterbro	kr. 2.490.181	kr. 3.775.586	kr. 1.285.405	34,0%
Hovedtotal	kr. 74.554.814	kr. 74.118.704	kr. -436.110	-0,6%

Kilde: Targit: Produktion (brutto honorar) Region H og forbrug (brutto honorar) 2016 (trukket den 14/6 2017)

Note: Brutto Honorar vedr. forbrug er ekskl. "udenlandske borgere" og "uden for fordeling"

Figur 12. Udvikling i produktion og forbrug 2013-16 (løbende priser)



Kilde: Targit: Produktion (brutto honorar) Region H og forbrug (brutto honorar) 2013-16 (trukket den 14/6 2017)

Note: Brutto Honorar vedr. forbrug er ekskl. "udenlandske borgere" og "uden for fordeling"

Punkt nr. 17 - Godkendelse af Praksisplan for psykologhjælp 2018-2021
Bilag 2 - Side -71 af 103
Produktion fordelt på henvisningsgrupper

Tabel 12. Antal ydelser fordelt på henvisningsgrupper opdelt på planområder 2016

Henvisningsgrupper	Planområde					Hovedtotal
	Bornholm	Byen	Midt	Nord	Syd	
1 - Røveri-, volds- og voldtægts ofre	105	2.020	1.756	959	1.956	6.796
2 - Trafik- og ulykkes ofre	42	597	640	344	752	2.375
3 - Pårørende til alvorligt psykisk syge personer	133	3.827	2.940	2.165	2.875	11.940
4 - Personer ramt af en alvorligt invaliderende sygdom	251	4.314	3.801	3.359	3.936	15.661
5 - Pårørende til personer, der er ramt af en alvorligt invaliderende sygdom	248	4.335	3.377	2.475	3.432	13.867
6 - Pårørende ved dødsfald	231	5.086	3.718	2.839	4.434	16.308
7 - Personer, der har forsøgt selvmord	10	190	184	113	134	631
8 - Kvinder, der får foretaget provokeret abort efter 12. graviditetsuge. Psykologhjælp kan ydes forud for abortindgrebet, når anmodning om tilladelse til indgrebet er fremsendt til abortsamrådet		251	53	41	119	464
9 - Personer, der inden det fyldte 18. år, har været ofre for incest eller andre seksuelle overgreb	91	562	281	406	516	1.856
10 - Personer med let til moderat depression, der er fyldt 18 år	1.129	16.197	14.179	10.630	15.260	57.395
11 - Personer, der lider af let til moderat angst, herunder let til moderat OCD, og er mellem 18 og 38 år	241	8.248	4.708	2.912	5.628	21.737
Hovedtotal	2.481	45.627	35.637	26.243	39.042	149.030

Kilde: Targit: Produktion (Antal ydelser fordelt på henvisningsgrupper) 2016 (trukket den 14/6 2017)

Punkt nr. 17 - Godkendelse af Praksisplan for psykologhjælp 2018-2021
Bilag 2 - Side -72 af 103

Tabel 13. Andelen af ydelser fordelt på henvisningsgrupper opdelt på planområder 2016

Henvisningsgrupper	Planområde					Hovedtotal
	Bornholm	Byen	Midt	Nord	Syd	
1 - Røveri-, volds- og voldtægts ofre	4%	4%	5%	4%	5%	5%
2 - Trafik- og ulykkes ofre	2%	1%	2%	1%	2%	2%
3 - Pårørende til alvorligt psykisk syge personer	5%	8%	8%	8%	7%	8%
4 - Personer ramt af en alvorligt invaliderende sygdom	10%	9%	11%	13%	10%	11%
5 - Pårørende til personer, der er ramt af en alvorligt invaliderende sygdom	10%	10%	9%	9%	9%	9%
6 - Pårørende ved dødsfald	9%	11%	10%	11%	11%	11%
7 - Personer, der har forsøgt selvmord	0,4%	0,4%	0,5%	0,4%	0,3%	0,4%
8 - Kvinder, der får foretaget provokeret abort efter 12. graviditetsuge. Psykologhjælp kan ydes forud for abortindgrebet, når anmodning om tilladelse til indgrebet er fremsendt til abortsamrådet	0%	0,6%	0,1%	0,2%	0,3%	0,3%
9 - Personer, der inden det fyldte 18. år, har været ofre for incest eller andre seksuelle overgreb	4%	1%	1%	2%	1%	1%
10 - Personer med let til moderat depression, der er fyldt 18 år	46%	35%	40%	41%	39%	39%
11 - Personer, der lider af let til moderat angst, herunder let til moderat OCD, og er mellem 18 og 38 år	10%	18%	13%	11%	14%	15%
Hovedtotal	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Kilde: Targit: Produktion (Andelen af ydelser fordelt på henvisningsgrupper) 2016 (trukket den 14/6 2017)

Punkt nr. 17 - Godkendelse af Praksisplan for psykologhjælp 2018-2021

Bilag 2 - Side -73 af 103

Tabel 14. Andel ydelser fordelt på henvisningsgrupper opdelt på planområde og planlægningsområder 2016

Planområde/ Planlægningsområde	Henvisningsgrupper											
	1 - Røveri-, volds- og voldtægts ofre	2 - Trafik- og ulykkes ofre	3 - Pårørende til alvorligt psykisk syge personer	4 - Personer ramt af en alvorligt invaliderende sygdom	5 - Pårørende til personer, der er ramt af en alvorligt invaliderende sygdom	6 - Pårørende ved dødsfald	7 - Personer, der har forsøgt selvmord	8 - Kvinder, der får foretaget provokeret abort efter 12. graviditetsuge. Psykologhjælp kan ydes forud for abortindgrebet, når anmodning om tilladelse til indgrebet er fremsendt til abortsamrådet	9 - Personer, der inden det fyldte 18. år, har været ofre for incest eller andre seksuelle overgreb	10 - Personer med let til moderat depression, der er fyldt 18 år	11 - Personer, der lider af let til moderat angst, herunder let til moderat OCD, og er mellem 18 og 38 år	Hovedtotal
Bornholm	2%	2%	1%	2%	2%	1%	2%	0%	5%	2%	1%	2%
Bornholms Regionskommune	2%	2%	1%	2%	2%	1%	2%	0%	5%	2%	1%	2%
Byen	30%	25%	32%	28%	31%	31%	30%	54%	30%	28%	38%	31%
Bispebjerg	5%	4%	4%	4%	4%	4%	2%	6%	1%	3%	4%	4%
Brønshøj-Husum	1%	1%	1%	1%	1%	1%	2%	0%	1%	1%	2%	1%
Frederiksberg Kommune	5%	3%	6%	5%	7%	8%	7%	28%	5%	6%	8%	6%
Indre by	13%	12%	14%	12%	11%	11%	10%	10%	12%	11%	16%	12%
Nørrebro	3%	3%	2%	2%	3%	3%	5%	6%	4%	3%	4%	3%
Vanløse	0%	2%	1%	1%	1%	1%	0%	1%	0%	1%	2%	1%
Østerbro	3%	1%	5%	4%	4%	4%	4%	2%	7%	2%	3%	3%
Midt	26%	27%	25%	24%	24%	23%	29%	11%	15%	25%	22%	24%
Ballerup Kommune	1%	1%	1%	3%	3%	2%	2%	0%	1%	2%	1%	2%
Egedal Kommune	1%	2%	1%	1%	1%	1%	2%	0%	1%	2%	1%	1%
Furesø Kommune	1%	2%	2%	1%	2%	2%	4%	1%	1%	2%	1%	2%
Gentofte Kommune	8%	4%	5%	4%	4%	4%	8%	4%	3%	4%	4%	4%
Gladsaxe Kommune	4%	8%	5%	4%	4%	6%	5%	2%	3%	5%	5%	5%
Herlev Kommune	1%	3%	2%	2%	2%	2%	2%	0%	1%	2%	2%	2%
Lyngby-Taarbæk Kommune	6%	5%	4%	4%	3%	4%	3%	4%	3%	4%	3%	4%
Rudersdal Kommune	1%	1%	1%	2%	1%	1%	1%	0%	0%	2%	2%	2%
Rødovre Kommune	2%	1%	3%	3%	2%	2%	2%	0%	0%	2%	2%	2%
Nord	14%	14%	18%	21%	18%	17%	18%	9%	22%	19%	13%	18%
Allerød Kommune	1%	1%	1%	2%	1%	1%	1%	2%	1%	1%	1%	1%
Fredensborg Kommune	1%	1%	2%	2%	1%	2%	1%	0%	2%	2%	1%	2%
Frederikssund Kommune	3%	1%	3%	3%	2%	3%	3%	3%	4%	3%	1%	3%
Gribskov Kommune	1%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	0%	1%	2%	1%	2%
Halsnæs Kommune	1%	1%	1%	1%	1%	1%	2%	0%	0%	1%	1%	1%
Helsingør Kommune	3%	4%	4%	5%	4%	4%	1%	1%	5%	5%	3%	4%
Hillerød Kommune	4%	4%	5%	4%	5%	4%	8%	3%	8%	3%	3%	4%
Hørsholm Kommune	1%	0%	1%	2%	2%	2%	1%	0%	1%	1%	1%	1%
Syd	29%	32%	24%	25%	25%	27%	21%	26%	28%	27%	26%	26%
Albertslund Kommune	0%	1%	0%	1%	1%	1%	3%	0%	1%	1%	1%	1%
Amager	8%	9%	7%	6%	8%	7%	7%	9%	8%	6%	7%	7%
Brøndby Kommune	3%	4%	2%	2%	2%	2%	4%	1%	1%	3%	2%	3%
Dragør Kommune	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%
Glostrup Kommune	1%	1%	1%	1%	1%	1%	0%	0%	0%	1%	1%	1%
Hvidovre Kommune	2%	2%	3%	3%	2%	3%	2%	1%	1%	3%	2%	3%
Høje-Taastrup Kommune	3%	2%	2%	3%	3%	3%	2%	1%	2%	3%	2%	3%
Ishøj Kommune	1%	1%	1%	0%	0%	1%	1%	0%	2%	1%	1%	1%
Tårnby Kommune	3%	4%	3%	3%	2%	3%	1%	2%	3%	2%	2%	2%
Valby	1%	1%	2%	1%	2%	1%	0%	2%	3%	2%	3%	2%
Vallensbæk Kommune	2%	0%	1%	2%	1%	1%	0%	0%	2%	1%	1%	1%
Vesterbro	5%	6%	3%	3%	3%	4%	0%	8%	4%	3%	3%	3%
Hovedtotal	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Kilde: Targit: Produktion (Antal ydelser fordelt på henvisningsgrupper) 2016 (trukket den 14/6 2017)

Punkt nr. 17 - Godkendelse af Praksisplan for psykologhjælp 2018-2021

Bilag 2 - Side -74 af 103

Tabel 15. Udvikling i antal ydelser fordelt på henvisningsgrupper 2013-16

Henvisningsgrupper	Antal ydelser 2013	Antal ydelser 2014	Antal ydelser 2015	Antal ydelser 2016
1 - Røveri-, volds- og voldtægts ofre	7.118	7.037	6.988	6.796
2 - Trafik- og ulykkes ofre	2.417	2.269	2.287	2.375
3 - Pårørende til alvorligt psykisk syge personer	11.038	12.152	11.530	11.940
4 - Personer ramt af en alvorligt invaliderende sygdom	15.530	15.363	15.088	15.661
5 - Pårørende til personer, der er ramt af en alvorligt invaliderende sygdom	13.353	13.894	14.396	13.867
6 - Pårørende ved dødsfald	17.790	15.823	16.073	16.308
7 - Personer, der har forsøgt selvmord	968	732	791	631
8 - Kvinder, der får foretaget provokeret abort efter 12. graviditetsuge. Psykologhjælp kan ydes forud for abortindgrebet, når anmodning om tilladelse til indgrebet er fremsendt til abortsamarbejdet	552	460	442	464
9 - Personer, der inden det fyldte 18. år, har været ofre for incest eller andre seksuelle overgreb	2.133	1.917	1.875	1.856
10 - Personer med let til moderat depression, der er fyldt 18 år	62.238	60.656	60.411	57.395
11 - Personer, der lider af let til moderat angst, herunder let til moderat OCD, og er mellem 18 og 38 år	17.690	20.300	21.571	21.737
Hovedtotal	150.827	150.603	151.452	149.030

Kilde: Targit: Produktion (Antal ydelser fordelt på henvisningsgrupper) 2013-16 (trukket den 14/6 2017)

Tabel 16. Udvikling i andelen af ydelser fordelt på henvisningsgrupper 2013-16

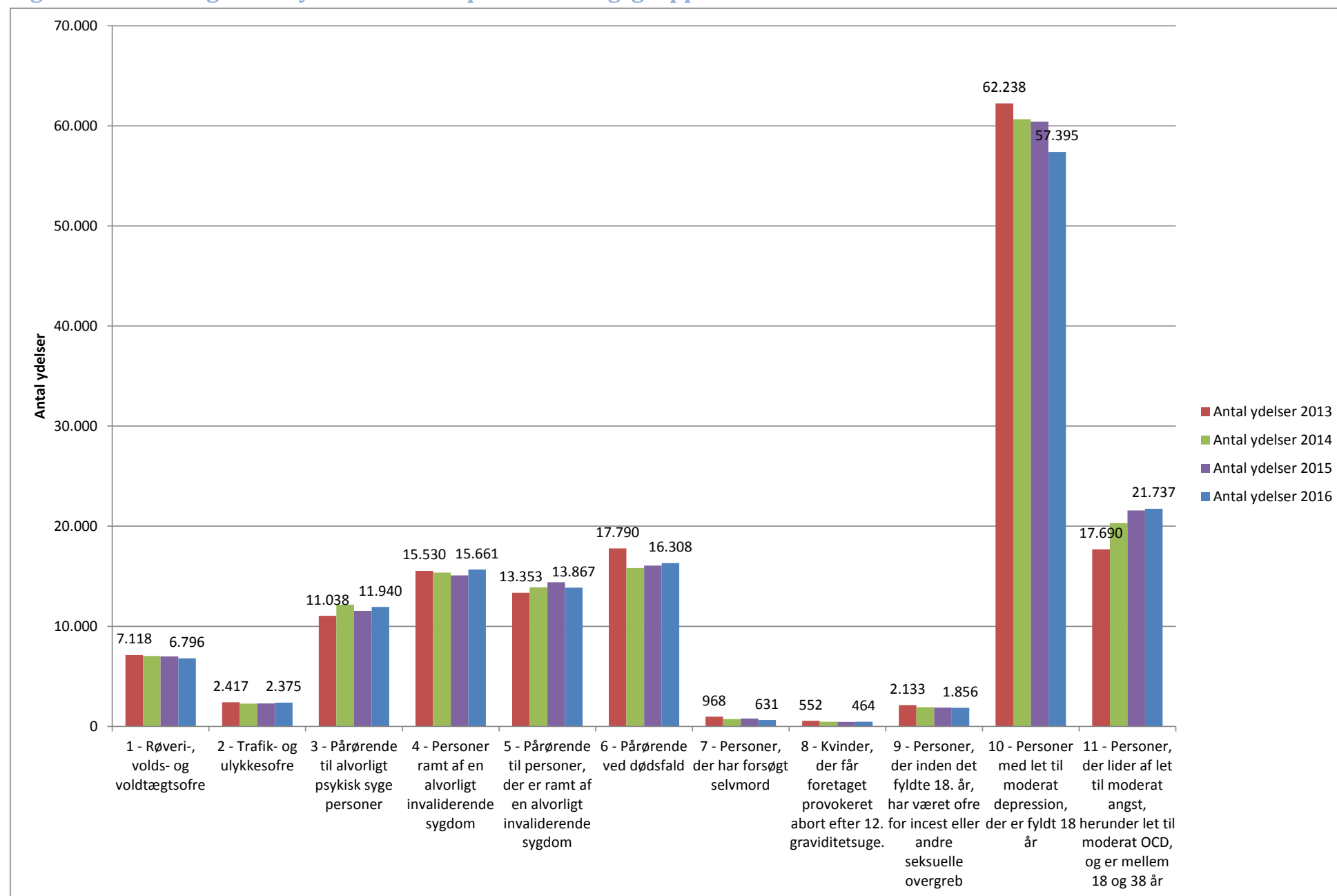
Henvisningsgrupper	Andel ydelser 2013	Andel ydelser 2014	Andel ydelser 2015	Andel ydelser 2016
1 - Røveri-, volds- og voldtægts ofre	5%	5%	5%	5%
2 - Trafik- og ulykkes ofre	2%	2%	2%	2%
3 - Pårørende til alvorligt psykisk syge personer	7%	8%	8%	8%
4 - Personer ramt af en alvorligt invaliderende sygdom	10%	10%	10%	11%
5 - Pårørende til personer, der er ramt af en alvorligt invaliderende sygdom	9%	9%	10%	9%
6 - Pårørende ved dødsfald	12%	11%	11%	11%
7 - Personer, der har forsøgt selvmord	0,6%	0,5%	0,5%	0%
8 - Kvinder, der får foretaget provokeret abort efter 12. graviditetsuge. Psykologhjælp kan ydes forud for abortindgrebet, når anmodning om tilladelse til indgrebet er fremsendt til abortsamarbejdet	0,4%	0,3%	0,3%	0%
9 - Personer, der inden det fyldte 18. år, har været ofre for incest eller andre seksuelle overgreb	1%	1%	1%	1%
10 - Personer med let til moderat depression, der er fyldt 18 år	41%	40%	40%	39%
11 - Personer, der lider af let til moderat angst, herunder let til moderat OCD, og er mellem 18 og 38 år	12%	13%	14%	15%
Hovedtotal	100%	100%	100%	100%

Kilde: Targit: Produktion (Andelen af ydelser fordelt på henvisningsgrupper) 2013-16 (trukket den 14/6 2017)

Punkt nr. 17 - Godkendelse af Praksisplan for psykologhjælp 2018-2021

Bilag 2 - Side -75 af 103

Figur 13. Udvikling i antal ydelser fordelt på henvisningsgrupper 2013-16

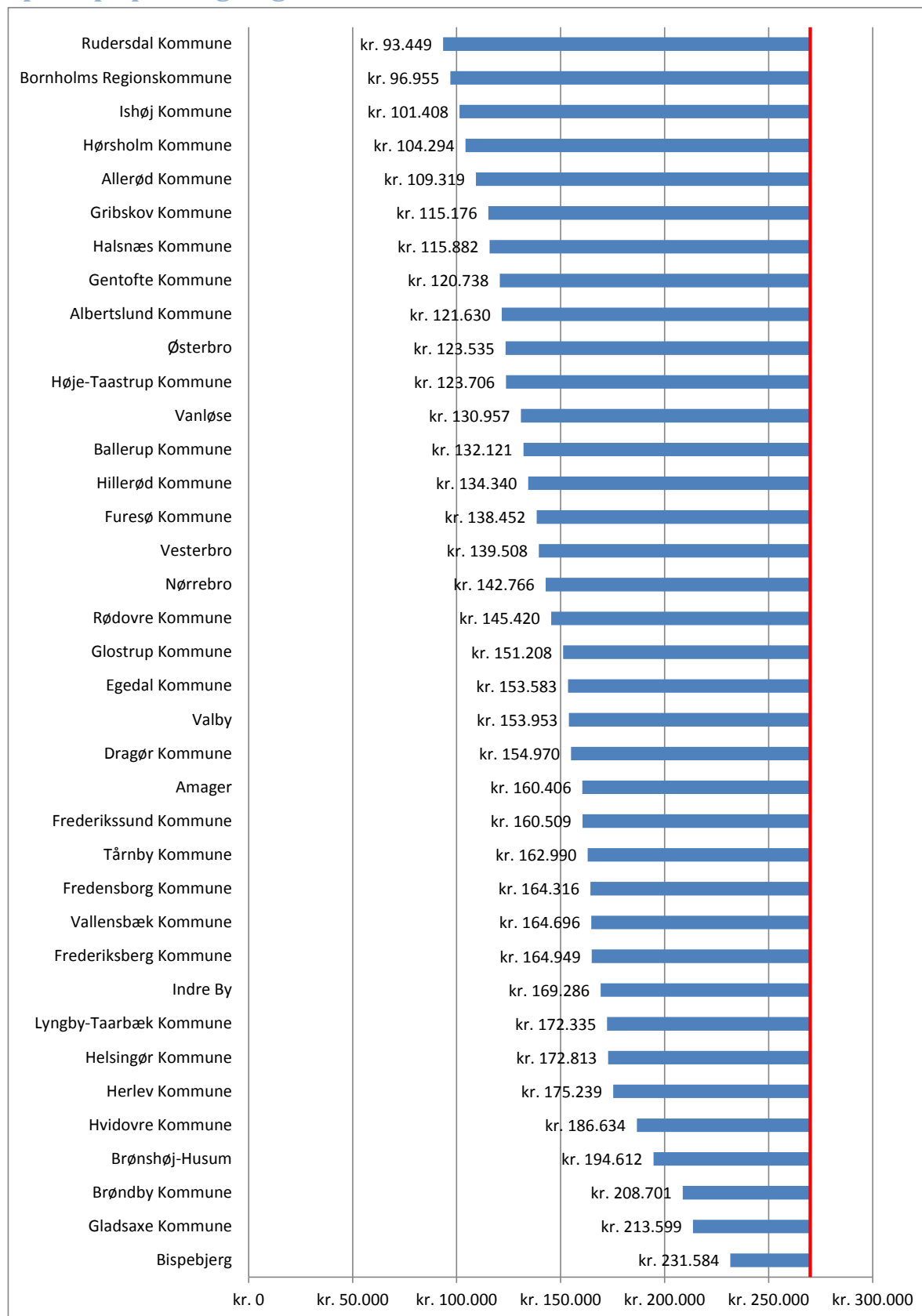


Kilde: Targit: Produktion (Antal ydelser fordelt på henvisningsgrupper) 2013-16 (trukket den 14/6 2017)

Punkt nr. 17 - Godkendelse af Praksisplan for psykologhjælp 2018-2021

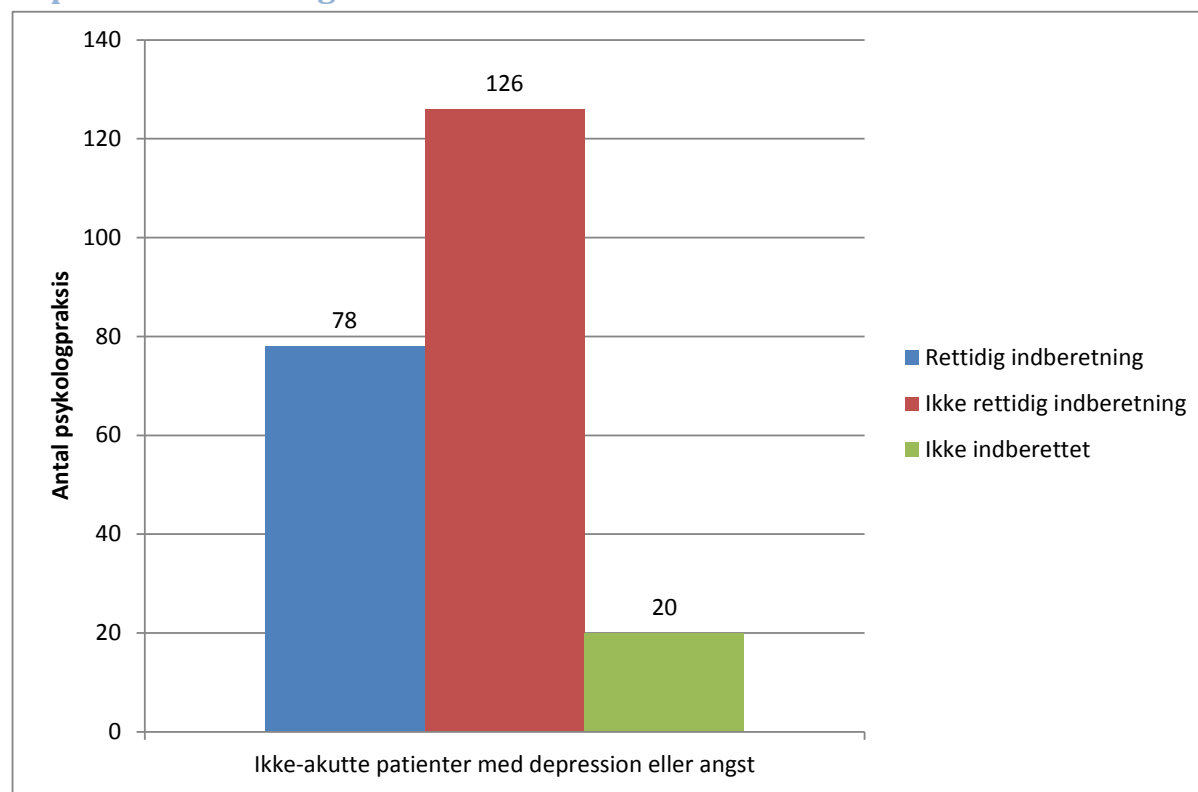
Bilag 2 - Side -76 af 103

Figur 14. Gns. omsætning samt difference ift. omsætningsloftet vedr. depression og angst opdelt på planlægningsområder 2016



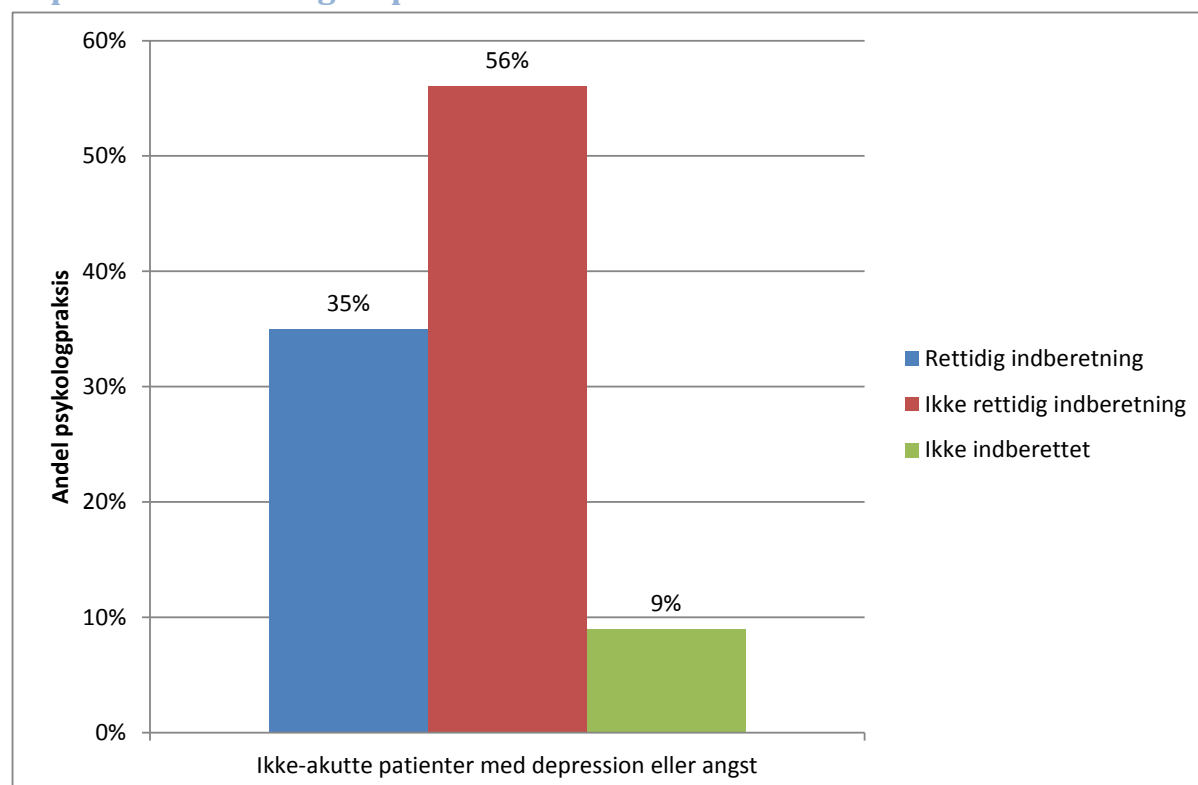
Kilde: Targit: Produktion (Bruttohonorar vedr. henvisningsgruppe 10 og 11) 2016 (trukket den 17/8 2017)
Omsætningsloftet for de enkelte psykologpraksis i 2016 er 270 t.kr.

Figur 15. Opgørelse vedr. indberetning af ventetid for ikke-akutte patienter med depression eller angst

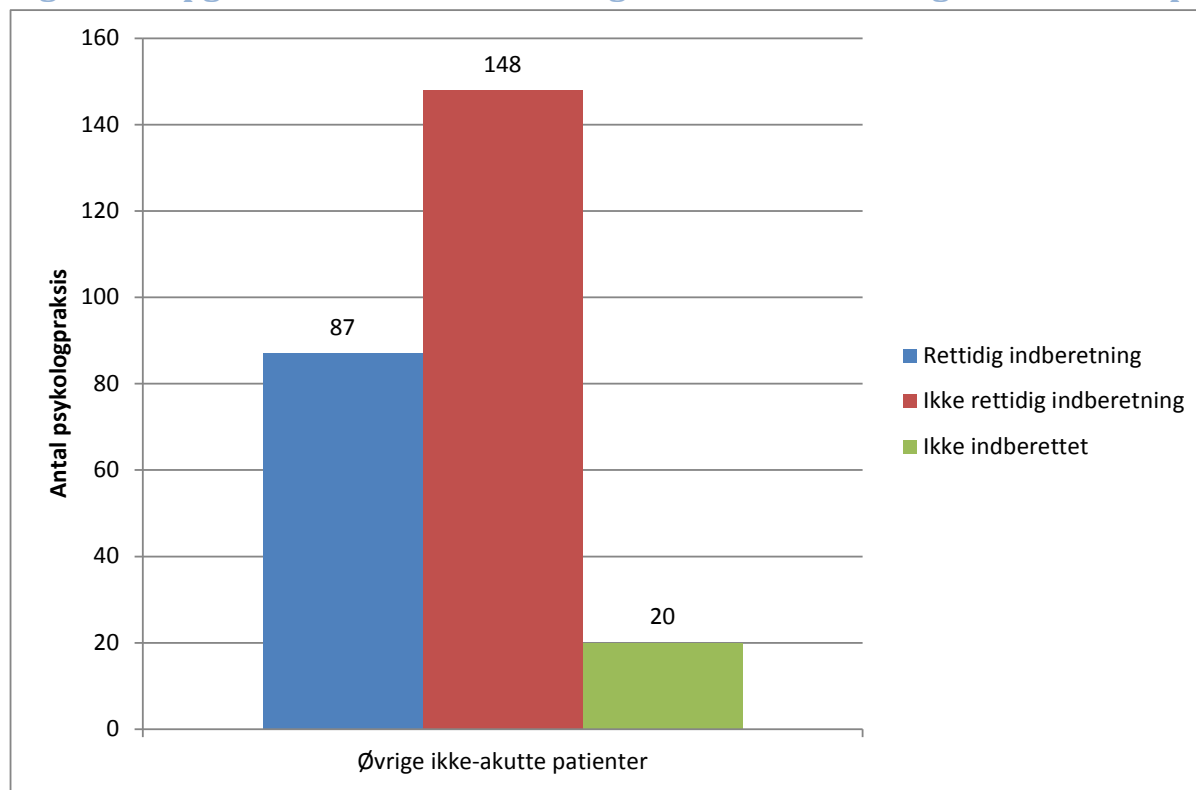


Kilde: Venteinfo. Ventetidsopgørelse pr. 1. januar 2017.

Figur 16. Opgørelse vedr. indberetning af ventetid for ikke-akutte patienter med depression eller angst i pct.

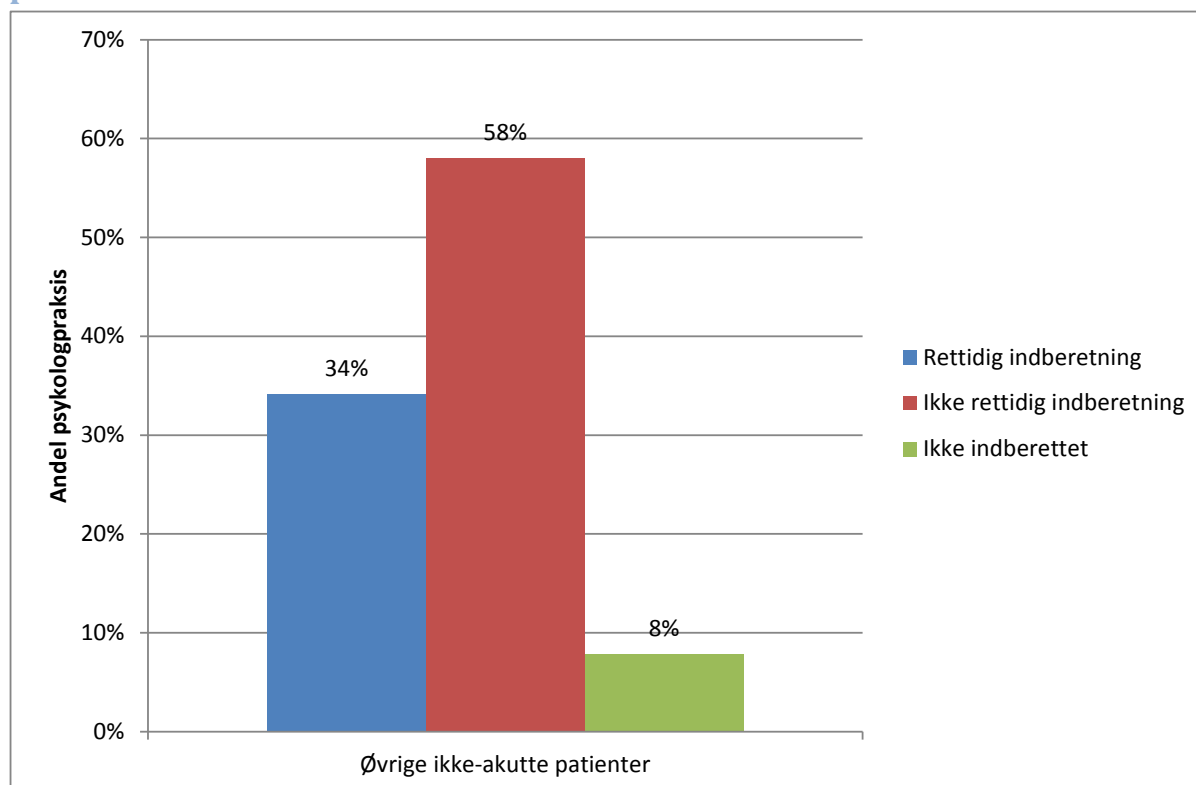


Figur 17. Opgørelse vedr. indberetning af ventetid for øvrige ikke-akutte patienter i alt



Kilde: Venteinfo. Ventetidsopgørelse pr. 1. januar 2017.

Figur 18. Opgørelse vedr. indberetning af ventetid for øvrige ikke-akutte patienter i alt i pct.

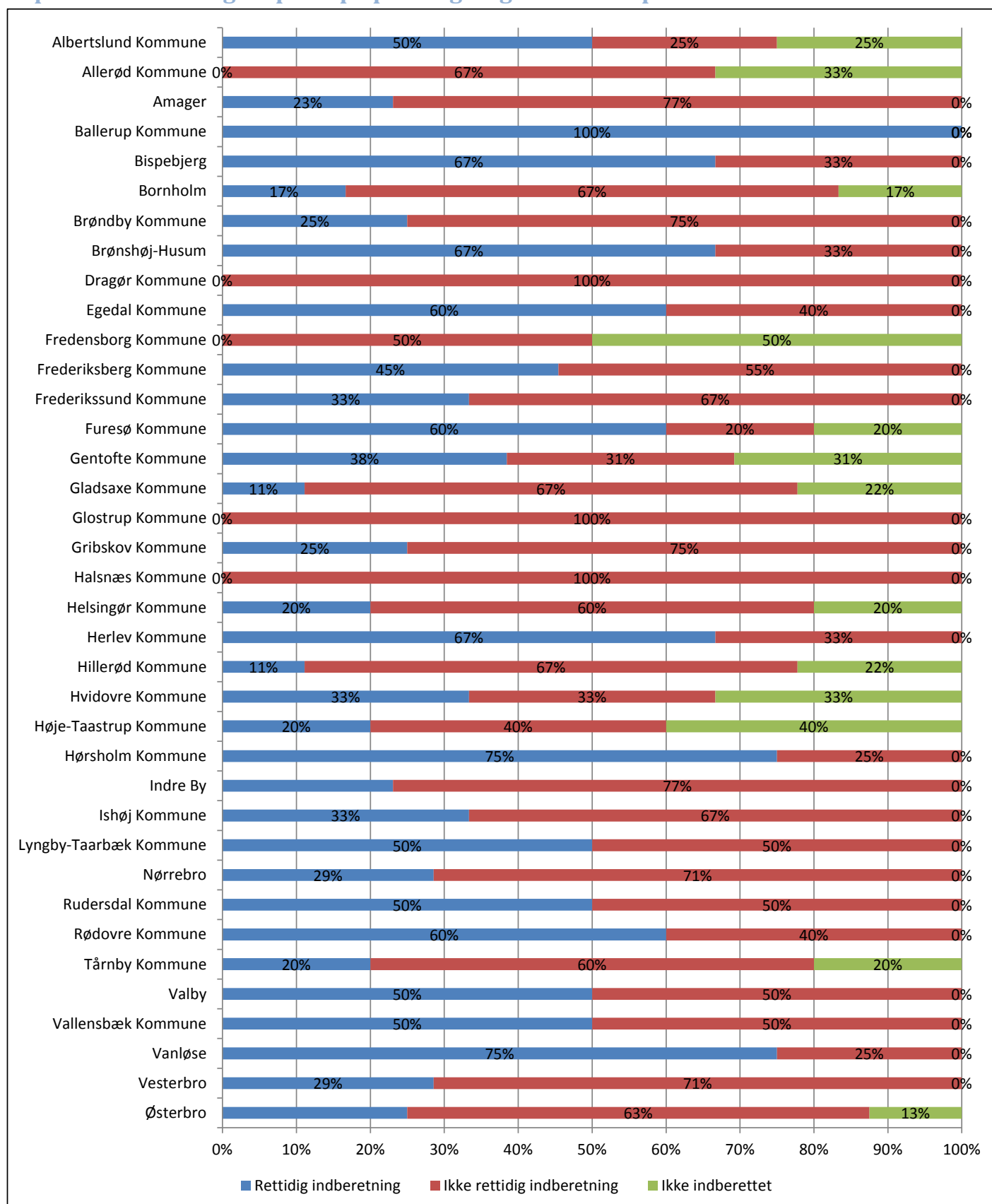


Kilde: Venteinfo. Ventetidsopgørelse pr. 1. januar 2017.

Punkt nr. 17 - Godkendelse af Praksisplan for psykologhjælp 2018-2021

Bilag 2 - Side -80 af 103

Figur 19. Opgørelse vedr. indberetning af ventetid for ikke-akutte patienter med depression eller angst opdelt på planlægningsområder i pct.

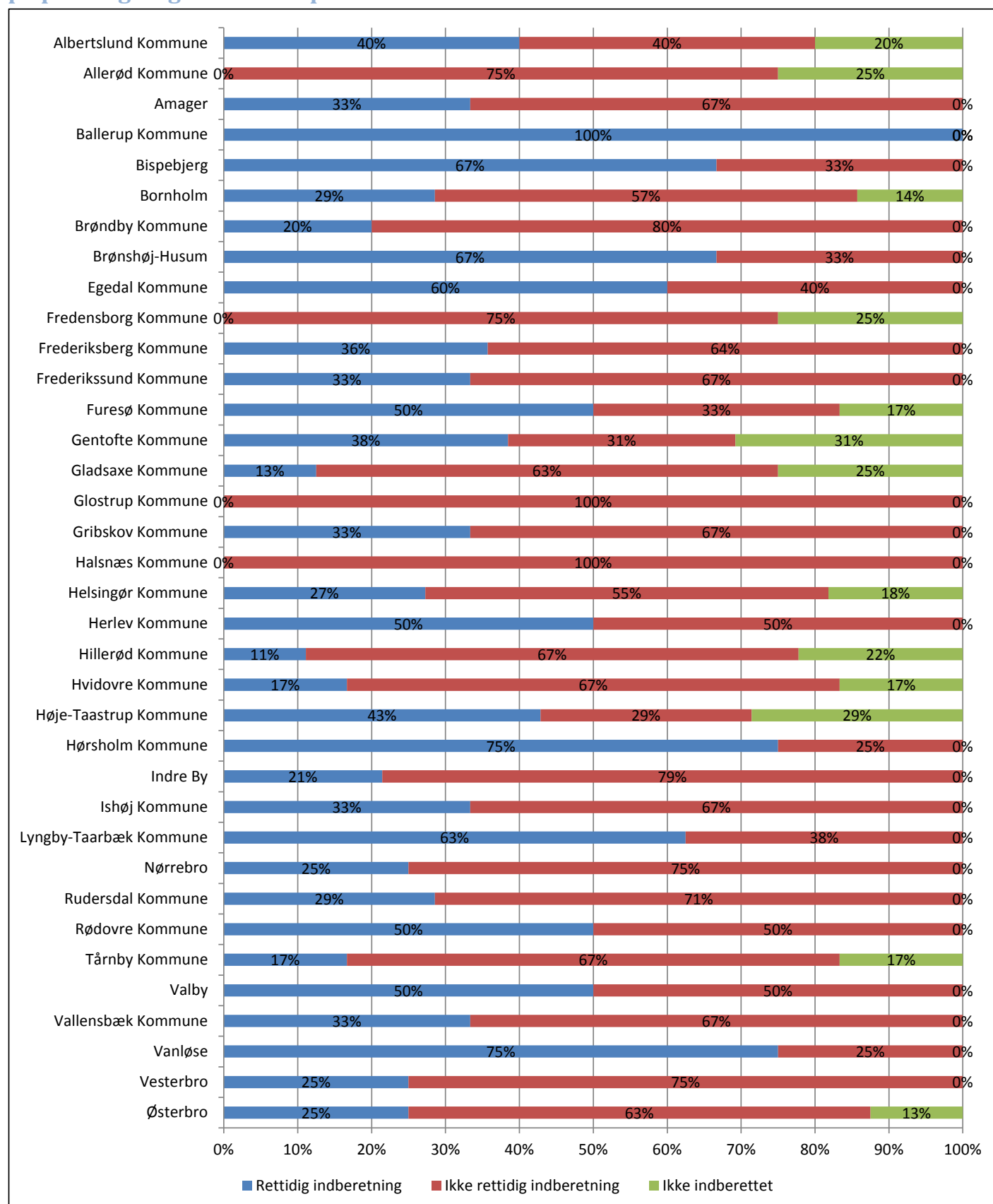


Kilde: Venteinfo. Ventetidsopgørelse pr. 1. januar 2017.

Punkt nr. 17 - Godkendelse af Praksisplan for psykologhjælp 2018-2021

Bilag 2 - Side -81 af 103

Figur 20. Opgørelse vedr. indberetning af ventetid for øvrige ikke-akutte patienter opdelt på planlægningsområder i pct.



Kilde: Venteinfo. Ventetidsopgørelse pr. 1. januar 2017.

Punkt nr. 17 - Godkendelse af Praksisplan for psykologhjælp 2018-2021
Bilag 2 - Side -82 af 103

Tabel 17. Pendlerstatistik 2016

2016	patientens hjemkommune																																		
	Albertslund Kommune	Allerød Kommune	Ballerup Kommune	Bornholms Regionskommune	Brøndby Kommune	Dragør Kommune	Egedal Kommune	Fredensborg Kommune	Frederiksberg Kommune	Frederikssund Kommune	Furesø Kommune	Gentofte Kommune	Gladsaxe Kommune	Glostrup Kommune	Gribskov Kommune	Halsnæs Kommune	Helsingør Kommune	Herlev Kommune	Hillerød Kommune	Hvidovre Kommune	Høje-Taastrup Kommune	Hørsholm Kommune	Ishøj Kommune	Københavns Kommune	Lyngby-Taarbæk Kommune	Rudersdal Kommune	Rødovre Kommune	Tårnby Kommune	Vallensbæk Kommune						
Region Hovedstaden	328	326	602	401	396	144	563	521	1.541	675	475	868	1.025	333	657	332	1.041	384	685	631	510	314	226	9.373	716	569	455	528	182						
Albertslund Kommune	105		3		8		1	1	7	1	2	2	3	19				3		5	11		4	32	1	1	3	1	26						
Allerød Kommune	2	161				1	4	13	1	15	24	4	3		5	6	12		34			18			20	10	32	1							
Ballerup Kommune	9	1	236		5		79	1	16	2	34	7	15	6	2		1	25	3	9	4	1			52	8	8	8	1						
Bornholms Regionskommune				395				2														1			1										
Brøndby Kommune	23	3	4		181	3	6	1	42	1	1	7	7	68			3	3	1	50	11		10	168	1	4	30	4	19						
Dragør Kommune			1			39			1			4			1									34				17							
Egedal Kommune	1	4	42		3		184	2	2	61	4		2	2	1	2		5	5	1	3	2		18	1	4	2								
Fredensborg Kommune		8				1	3	154	5	10	1	6	1	1	36	16	76	1	91	1		25		22	4	10	1								
Frederiksberg Kommune	7	3	11	1	14	4	9	3	442	2	9	26	16	9	3	1	6	8	8	25	7	3		818	22	8	25	10	3						
Frederikssund Kommune	1	3					57	3	9	444	8		2		4	30	1	2	12		1			21	3	5	1	1							
Furesø Kommune	1	19	27				37	3	6	20	207	4	26		5	1	3	3	10	4		3	1	68	10	25	1	1							
Gentofte Kommune	3	6	6		4		2	18	36	2	6	380	62	5	1	1	8	4	3	8	7	14	3	338	68	38	3	5	2						
Gladsaxe Kommune	2	6	21		4	2	10	2	25	5	36	80	489	9	5	2		61	5	10	3	7		246	56	18	10	2	3						
Glostrup Kommune	20		12		32	4	9		12		1	1	4	100	1			7	1	20	9		7	82	7		24	3	7						
Gribskov Kommune	2	3				1		5	4	7		3			324	27	19		20	1		7		11	1	1									
Halsnæs Kommune		6					3	4	1	4					26	141	1		25	1				2	1										
Helsingør Kommune	1	1			1		5	123	12	9	3	18	3		71	8	801		15			24	2	63	8	20	2		1						
Herlev Kommune		2	98		1	1	29	6	15	4	10	13	63	11	1		1	180	1	6	4	6	1	99	7	5	15	2							
Hillerød Kommune		67	2		1		34	66	14	58	31	11	13	2	144	79	40	3	402	3	5	14	1	73	19	56	1	1	1						
Hvidovre Kommune	7		4		17	2	5	3	31			4	4	8	2	1	11	6		312	6		4	135	4	8	28	10	10						
Høje-Taastrup Kommune	67		13		16		3	1	9	1	2	8	7	22		2		2	3	15	352		44	58	5	1	8	2	24						
Hørsholm Kommune			4				1	57	3	3	6	5	7		3		14		7	1		125	1	16	37	48	1								
Ishøj Kommune	11		2	1	10	2		1	9		1		5	6			2	2		13	14	1	92	30	2	1	2	4	13						
Københavns Kommune	35	19	56	2	46	53	39	37	802	16	45	204	137	29	20	8	45	50	32	99	43	17	22	6.498	75	69	107	213	21						
Lyngby-Taarbæk Kommune	2	2	57	1			38	8	21	7	27	86	137	5	5	6	6	14	10		4	10	1	150	300	52	7	3	2						
Rudersdal Kommune	1	13			1		3	16	7	7	17	10	5		7	4	6	1	7			35		43	62	152		2	1						
Rødovre Kommune	15	1	16		14	6	13	4	19	6	4	1	24	27	3		1	7	2	41	8	4	3	150	7	6	177	9	9						
Tårnby Kommune	4			1	4	26	1	1	19	1	2	8	6	2	4		2	1	2	6			1	241	3	4	3	242	1						
Vallensbæk Kommune	12		7		41	1	2		6		6		9	12	1			1		12	27		32	50	4	6	7	5	44						
Region Midtjylland	1	2		1			3	1	8		1	3	1		1						1		2	43		1	1	1	1						
Region Nordjylland								1	6						2				1			1		18					2						
Region Sjælland	19		18	1	28	1	25	1	44	33	9	12	17	7	6	2	4	6	16	23	97		50	333	11	8	16	9	12						
Region Syddanmark	1	1			2		2	1	6	1	1	3	1	1	2	1	4		1	3	2			82	1	4	1	2							
Andel unikke patienter behandlet i hjemkommunen (i procent)	32%	49%	39%	99%	46%	27%	33%	30%	29%	66%	44%	44%	48%	30%	49%	42%	77%	47%	59%	49%	69%	40%	41%	69%	42%	27%	39%	46%	24%						

Kilde: Targit: Antal patienter fordelt på bopælskommune og behandlingskommune 2016.

Note: Samme patient kan have modtaget behandling af flere klinikker beliggende i forskellige kommuner, og vil således tælle med flere steder. Antallet af patienter kan derfor ikke summeres på tværs af kommuner.

Bilag 4. Undersøgelse af telefonisk tilgængelighed i psykologpraksis

Undersøgelse af telefonisk tilgængelighed i psykologpraksis



**Undersøgelse af telefonisk tilgængelighed
i psykologpraksis**

Udarbejdet af Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse på vegne
af Enhed for Tværsektoriel Udvikling, Region Hovedstaden

Analysekonsulent Sarah Kajander Holmer
Evalueringskonsulent Christine Enevoldsen Flink
Chefkonsulent Daisy Kyed

Enhedschef Marie Fuglsang

© Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, Region Hovedstaden,
december, 2016

ISBN: 978-87-93047-95-2

Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt mod tydelig
kildeangivelse.

Rapporten kan findes på www.patientoplevelser.dk

Henvendelser vedrørende undersøgelsen til:

Evalueringskonsulent Christine Enevoldsen Flink

Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse
Nordre Fasanvej 57
2000 Frederiksberg
Telefon: 38649966
E-mail: eeb@regionh.dk

Indholdsfortegnelse

1	Introduktion	4
2	Metode og design	5
3	Repræsentativitet	8
4	Tilgængelighedsinformation - sundhed.dk og hjemmeside	9
4.1	Hver anden psykolog oplyser om telefontider på sundhed.dk	9
4.2	Psykologernes telefontider	10
4.3	Andre oplysninger fra sundhed.dk og hjemmeside	12
5	Telefonisk tilgængelighed	13
5.1	Fire ud af fem psykologer er telefonisk tilgængelig	13
5.2	Psykologer med oplyst telefontid er mere tilgængelige	16
5.3	Ingen sammenhæng mellem tilgængelighed og antallet af ugentlig telefontimer	16
5.4	Tilgængelighed fordelt på planområde	17
	Bilag 1: Overenskomst om psykologhjælp	18
	Bilag 2: Standardtekster til opkald til psykologpraksis	19

1 Introduktion

Ifølge praksisudviklingsplanen for psykologhjælp 2014-2017 skal det være nemt for borgere med henvisning fra egen læge til psykologhjælp at komme i kontakt med psykologpraksis. Det gælder både, når patienten skal aftale første tid til konsultation, og når patienten er i et behandlingsforløb og fx ønsker at ændre aftaler. Ifølge praksisudviklingsplanen skal det også være muligt for patienten at blive kontaktet af psykologpraksis, når patientens opkald ikke bliver besvaret.

Prioritering af tilgængeligheden i psykologpraksis er således en væsentlig overordnet målsætning i praksisudviklingsplanen for psykologhjælp 2014-2017. Der mangler dog viden om, hvordan den telefoniske tilgængelighed reelt er. Derfor har Enhed for Tværsektoriel udvikling (ETU) på vegne af samarbejdsudvalget for psykologhjælp i Region Hovedstaden bedt Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse om at gennemføre en undersøgelse af den telefoniske tilgængelighed blandt samtlige psykologer med overenskomst i Region Hovedstaden. Undersøgelsens grundlag er de mål for den telefoniske tilgængelighed, som er opstillet i Overenskomst om psykologhjælp (bilag 1).

Undersøgelsens formål er at afdække:

Om de enkelte praksis giver de overenskomstpligtige oplysninger om telefontider og konsultationstider, oplysning om eventuelt tilbud om elektronisk kommunikation med patienterne herunder tidsbestilling, samt oplysning om adgangsforhold og toiletforhold for personer med bevægelseshæmning på sundhed.dk.

I hvilket omfang psykologpraksis er telefonisk tilgængelige for borgerne, samt hvordan forløbet med at komme i kontakt med psykologerne er.

Denne rapport indeholder resultaterne af Enhed for Evaluering og Brugerinddragelses undersøgelse af tilgængelighedsinformation og den telefoniske tilgængelighed til psykologpraksis (Kapitel 4 og 5). Rapporten beskriver desuden det undersøgelsesdesign og de metoder, der danner grundlag for undersøgelsen (Kapitel 2 og 3).

2 Metode og design

Undersøgelsen er gennemført som en totalundersøgelse af samtlige psykologpraksis med overenskomst i Region Hovedstaden. I alt 251 psykologpraksis indgår i undersøgelsen.¹

Undersøgelsen er gennemført i to dele:

Figur 2.1 Undersøgelsens to dele



Første del af undersøgelsen er en **registrering af informationer fra sundhed.dk og praksis egen hjemmeside**. Registreringerne er gennemført i uge 41 og 42 i 2016. Følgende oplysninger er blevet registreret for hver enkelt psykologpraksis:

Figur 2.2 Registreringer fra sundhed.dk og praksis egen hjemmeside

- Telefontid (sundhed.dk og hjemmeside)
- Konsultationstid (sundhed.dk og hjemmeside)
- Mulighed for kommunikation via e-mail (sundhed.dk og hjemmeside)
- Mulighed for elektronisk tidsbestilling (sundhed.dk og hjemmeside)
- Link til hjemmeside (sundhed.dk)
- Hhv. adgangsforhold og toiletforhold for bevægelseshæmmede (sundhed.dk)

Undersøgelsen af **den telefoniske tilgængelighed** er gennemført ved, at samtlige 251 psykologpraksis er blevet ringet op en gang inden for den eventuelt oplyste telefontid.² Læs mere i kapitel 3 om, hvordan opkaldene til psykologerne er blevet fordelt, samt hvordan der er sikret repræsentativitet i undersøgelsen.

De mulige udfald ved opkald til psykologerne kan ses i tabel 2.1. Tabellen viser også fremgangsmåden ved hvert udfald, og hvordan udfaldet er registreret.

¹ Der er i alt 256 psykologkapaciteter i Region Hovedstaden, men på undersøgelses tidspunktet var fem ubesatte, hvorfor der i undersøgelsen kun indgår 251 praksis.

² Der er blevet foretaget én opkaldsrunde for hver psykolog. En opkaldsrunde kan indeholde op til fire opkald, såfremt de første opkald er optaget eller ikke bliver besvaret, og der ikke er mulighed for at indtale besked på en telefonsvarer.

Tabel 2.1 Mulige udfald af opkald og registreringer

Udfald	Fremgangsmåde	Registrering
Kontakt ved første opkald (inden for 15 ringetoner)		Kontakt bliver registreret.
Telefonsvarer (med mulighed for at indtale en besked)	Vi lægger en besked med telefonnummer til besvarelse af opkaldet (se beskedens ordlyd i bilag 2).	Om psykologen vender tilbage.** Hvornår psykologen vender tilbage (i givet fald).
Ingen kontakt* (opkaldet bliver ikke besvaret, eller telefonen er optaget)	Vi foretager op til tre yderligere opkald henholdsvis 1, 3 og 5 minutter efter det første opkald. Hvert opkald varer 15 ringetoner.	Om vi opnår kontakt ved opkald (i givet fald efter hvilket forsøg/hvor mange minutter). Eller om psykologen vender tilbage på ubesvarede opkald (i givet fald hvornår).**
Telefonkø	Vi venter op til 10 minutter i kø.	Om vi opnår kontakt. Efter hvor mange minutter vi opnår kontakt (i givet fald).
Telefonnummer virker ikke	Hvis muligt ringer vi til et andet telefonnummer (f.eks. fundet på psykologens egen hjemmeside), og opkaldsrunden starter forfra med dette nummer.	Det telefonnummer, der ikke virker, bliver registreret. Udfaldet af opkaldet til et evt. andet telefonnummer bliver registreret.
Oplyst ferie på telefonsvarer		Ferie bliver registreret.

* Dette inkluderer også opkald, hvor vi kommer igennem til en telefonsvarer uden mulighed for at indtale en besked.

** Her skal psykologen skabe kontakt til patienten. Det kan både ske ved at psykologen besvarer opkaldet ved at ringe tilbage til patienten eller ved, at psykologen kontakter patienten via sms.

En psykologpraksis er i denne undersøgelse defineret som telefonisk tilgængelig, hvis:

- Praksis er umiddelbart telefonisk kontaktbar. Dvs., hvis
 - Vi opnår direkte kontakt ved første opkald
 - Vi opnår direkte kontakt ved ét af genopkaldene
 - Vi opnår kontakt inden for 10 minutter i telefonkø
- Praksis besvarer telefonsvarerbesked eller ubesvarede opkald inden for to hverdage, jf. Overenskomst om psykologhjælp, der siger, at psykologen skal kontakte patienten senest inden for to hverdage (bilag 1)

Psykologer, der på sin telefonsvarer har oplyst ferie i den periode, hvor undersøgelsen af den telefoniske tilgængelighed har fundet sted, indgår hverken som tilgængelig eller ikke-tilgængelig i undersøgelsen.

Opkaldene er foretaget i uge 46 og 47 i 2016. Før opkaldene er foretaget, er de 251 psykologpraksis varslet pr. mail om, at undersøgelsen vil blive gennemført³. Registrering af eventuelle besvarelser fra psykologerne er stoppet den 2. december 2016.

³ ETU har i samarbejde med Dansk Psykologforening varslet samtlige 251 psykologpraksis. Dette fandt sted den 10. november 2016.

Bilag 2 viser de beskeder, vi har indtalt på psykologernes telefonsvarer og på vores egen telefonsvarer, samt den standardtekst vi har benyttet til at informere psykologerne om undersøgelsen, når vi har været i direkte kontakt med dem.

3 Repræsentativitet

De psykologpraksis, der har oplyst telefontid, er blevet ringet op inden for denne telefontid. Som udgangspunkt er det den oplyste telefontid på sundhed.dk, der afgør, hvornår psykologen er blevet ringet op. Hvis psykologen derimod ikke har oplyst telefontid på sundhed.dk, men har oplyst telefontid på egen hjemmeside, er det telefontiden fra hjemmesiden, der er ringet op inden for. Opkald til psykologer med oplyst telefontid er fordelt jævnt ud på alle hverdage. Hvis en psykolog har angivet specifikke dage for telefontiden, er der taget højde for dette i fordelingen.

Da der er tale om en totalundersøgelse bliver repræsentativitet alene et spørgsmål om at sikre sammenlignelighed mellem praksis med og uden oplyst telefontid. Opkaldene til de psykologer, der *ikke* har oplyst telefontid, er derfor blevet fordelt ud fra en fordelingsnøgle, der afspejler fordelingen for psykologerne *med* oplyst telefontid. Det sikrer, at opkaldene til psykologer uden oplyst telefontid matcher fordelingen af psykologer med oplyst telefontid. Psykologer uden oplyst telefontid er dermed ud fra fordelingsnøglen blevet tilfældigt fordelt ud på alle hverdage og følgende fire tidsintervaller; kl. 8-9, kl. 9-12, kl. 12-13, kl. 13-16.⁴ Denne metode sikrer, at vi meningsfuldt kan sammenligne tilgængeligheden blandt psykologer, der hhv. oplyser og ikke oplyser telefontider.

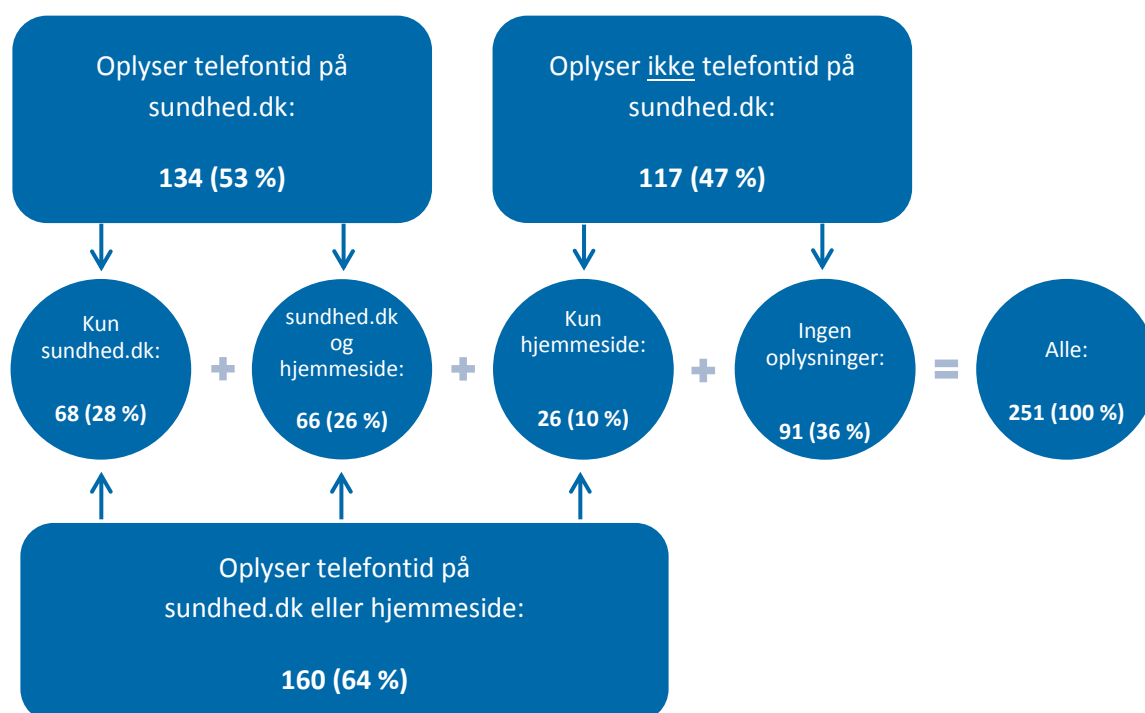
⁴ På trods af at nogle få psykologer er blevet ringet op inden for oplyst telefontid før kl. 8 og efter kl. 16, er psykologer uden oplyst telefontid kun blevet ringet op inden for tidsintervallet 8-16.

4 Tilgængelighedsinformation - sundhed.dk og hjemmeside

4.1 Hver anden psykolog oplyser om telefontider på sundhed.dk

53 % af psykologerne oplyser telefontid på sundhed.dk. Det svarer til 134 af de 251 psykologer i undersøgelsen. 68 psykologer oplyser udelukkende telefontid på sundhed.dk, mens 66 psykologer oplyser telefontid på både sundhed.dk og egen hjemmeside. 26 psykologer oplyser telefontid på egen hjemmeside, mens 91 psykologer ikke oplyser telefontid nogen af stederne. Alt i alt oplyser 160 psykologer, 64 %, telefontid på enten sundhed.dk eller egen hjemmeside.

Figur 4.1 Oplyste telefontider



Ud af de resterende 117 psykologer, der ikke oplyser telefontid på sundhed.dk, oplyser 26 telefontid på egen hjemmeside, mens 91 psykologer ikke oplyser telefontid nogen af stederne. Alt i alt oplyser 160 psykologer, 64 %, telefontid på enten sundhed.dk eller egen hjemmeside.

Blandt de 66 psykologer, der oplyser telefontid på både sundhed.dk og egen hjemmeside, oplyser 44 den samme telefontid begge steder, mens der for 22 psykologer ikke er overensstemmelse mellem de oplyste telefontider.⁵

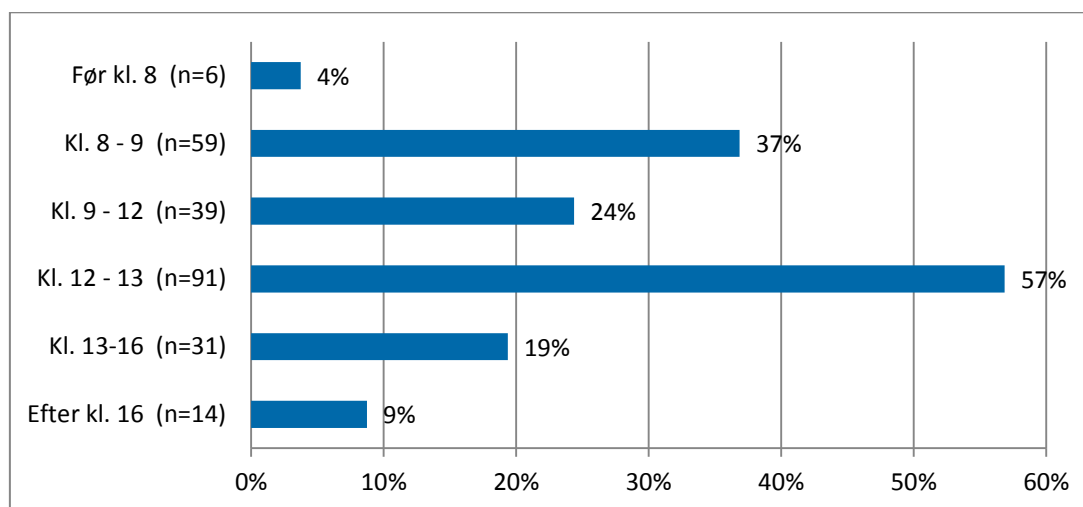
⁵ Uoverensstemmelse mellem telefontider på sundhed.dk og hjemmeside vil sige, at psykologen enten angiver forskellige tidspunkter eller forskellige dage de to steder. Derimod er en psykolog, der angiver samme telefontid på sundhed.dk og hjemmeside, men som angiver dagene mandag-fredag ét af stederne og ingenting det andet sted, opgjort som, at der er overensstemmelse mellem tiderne.

4.2 Psykologernes telefontider

De følgende opgørelser beskriver telefontiderne nærmere. Vi bruger telefontiderne oplyst på sundhed.dk, og alternativt telefontiderne oplyst på hjemmesiderne, såfremt psykologerne ikke har oplyst telefontid på sundhed.dk.

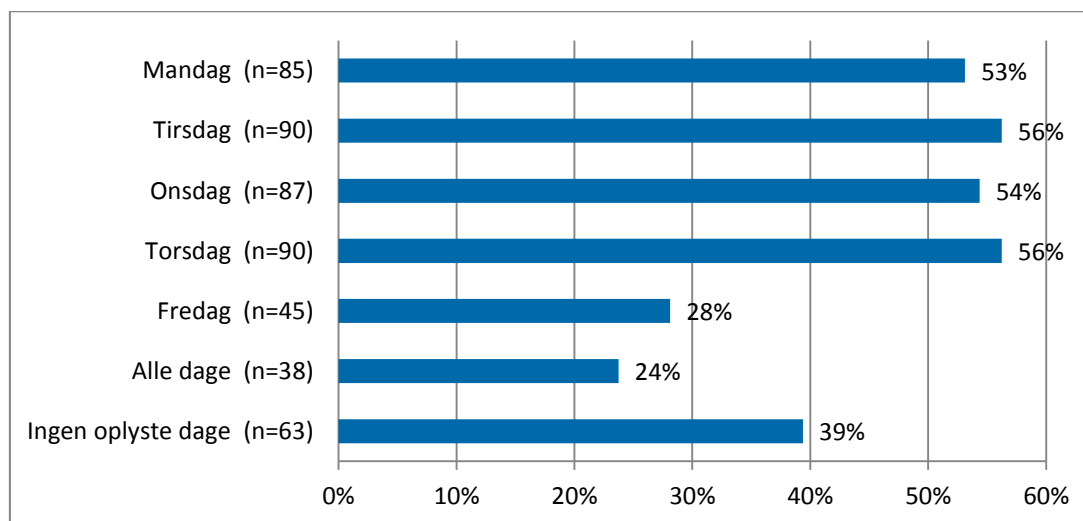
Over halvdelen, 57 %, af psykologerne har telefontid kl. 12-13 (figur 4.2). Tidsrummet kl. 8-9 er det næstmest benyttede tidspunkt på dagen for psykologernes telefontid. Her har 37 % af psykologerne telefontid.

Figur 4.2 Psykologernes telefontider fordelt på tidspunkter



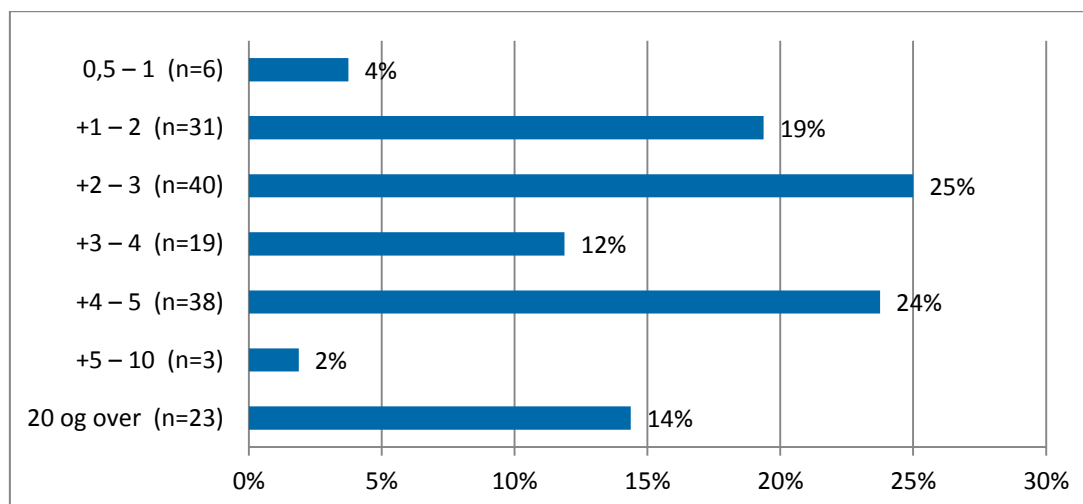
Bemærk at andelen ikke summer til 100 % og antallet ikke til 160 (antallet af psykologer med oplyst telefontid). Det skyldes, at der kan være telefontider, der overlapper de specifikke tidsrum, samt at nogle psykologer har telefontid på flere tidspunkter af dagen.

De mest populære dage for telefontid er mandag til torsdag, hvor mellem 53 % og 56 % af psykologerne har telefontid (figur 4.3). Derudover er det interessant at bemærke, at 39 % af psykologerne har oplyst en telefontid, men ikke på hvilke ugedage den er gældende.

Figur 4.3 Psykologernes telefontider fordelt på ugedage


Bemærk at andelen ikke summer til 100 % og antallet ikke til 160 (antallet af psykologer med oplyst telefontid). Det skyldes, at en telefontid kan være gældende for flere af ugedagene, samt at nogle psykologer har mere end én opgivet telefontid.

Størstedelen af psykologerne, 80 %, har mere end én time og op til fem timers telefontid om ugen (figur 4.4). Det højeste antal ugentlige timer en psykolog har telefontid er 50 timer, mens det laveste er en halv time. Psykologerne har i gennemsnit 8,3 timers telefontid om ugen, mens median psykologen har fire timers telefontid om ugen.⁶

Figur 4.4 Psykologernes ugentlige telefontid i timer


For de psykologer, der ikke oplyser nogen dage ved telefontiden, har vi antaget, at telefontiden er gældende for alle dagene mandag til fredag.

⁶ Medianen er den midterste værdi af psykologernes ugentlige telefontider i timer, når disse er sorteret fra mindste til største observation. Ideen ved at bruge medianen i forhold til gennemsnittet er, at medianen er stabil overfor ekstreme værdier. Eksempelvis vil de få psykologer (23) med mere end 20 timers telefontid (se figur 4.4) trække gennemsnittet meget op.

4.3 Andre oplysninger fra sundhed.dk og hjemmeside

Ud over psykologernes telefontid er der fra sundhed.dk og psykologernes egne hjemmesider også registreret, om psykologerne har oplyst konsultationstid, om der er mulighed for at kontakte psykologen via e-mail, og om psykologen har et online tidsbestillingssystem. Derudover er der alene ud fra sundhed.dk registreret, om der er et link til psykologens egen hjemmeside, om psykologen har mærket ”God adgang”, om psykologen har handicapvenlig adgang, og om psykologen har handicaptoilet.

Tabel 4.1 viser hvor stor en andel og hvor mange af psykologerne, der har registreret ovenstående informationer på sundhed.dk og/eller hjemmeside. Den sidste kolonne viser hvor mange psykologer, der ikke har oplyst informationen nogen af stederne.

Tabel 4.1 Andre oplysninger fra sundhed.dk og hjemmeside

Emne	Sundhed.dk		Hjemmeside		Ingen oplysning	
	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal
Konsultationstid	0 %	0	4 %	9	96 %	242
E-mail	100 %	250	71 %	177	0 %	1
Tidsbestillingssystem	2 %	4	0 %	1	98 %	246
Link til hjemmeside*	58 %	146				
Mærkeordningen "God adgang"	3 %	7				
Handicapvenlig adgang	37 %	94				
Handicaptoliet	15 %	37				

* Ét af linkene fører til en forkert hjemmeside, mens syv af linkene ikke virker.

Næsten ingen af psykologerne har oplyst konsultationstid (tabel 4.1). Kun 4 % oplyser konsultationstid på deres egen hjemmeside. Det har efter undersøgelsens iværksættelse vist sig, at der på sundhed.dk ikke er et defineret felt til registrering af konsultationstid.

Alle psykologer på nær én har oplyst en e-mail på sundhed.dk. Derudover har langt størstedelen også oplyst deres e-mail på egen hjemmeside.

Det er sjældent, at psykologerne har et tidsbestillingssystem. Således har 98 % hverken oplysning om et sådant system på sundhed.dk eller har et på deres hjemmeside. De fire psykologer, der på sundhed.dk oplyser, at de har et tidsbestillingssystem, har ikke systemet på deres hjemmeside.

Lidt over halvdelen af psykologerne, 58 %, har et link til deres hjemmeside på sundhed.dk.

Derudover er 3 % registreret på sundhed.dk med mærkeordningen ”God adgang”, og hhv. 37 % og 15 % har på sundhed.dk registreret handicapvenlig adgang og handicaptoilet.

5 Telefonisk tilgængelighed

5.1 Fire ud af fem psykologer er telefonisk tilgængelig

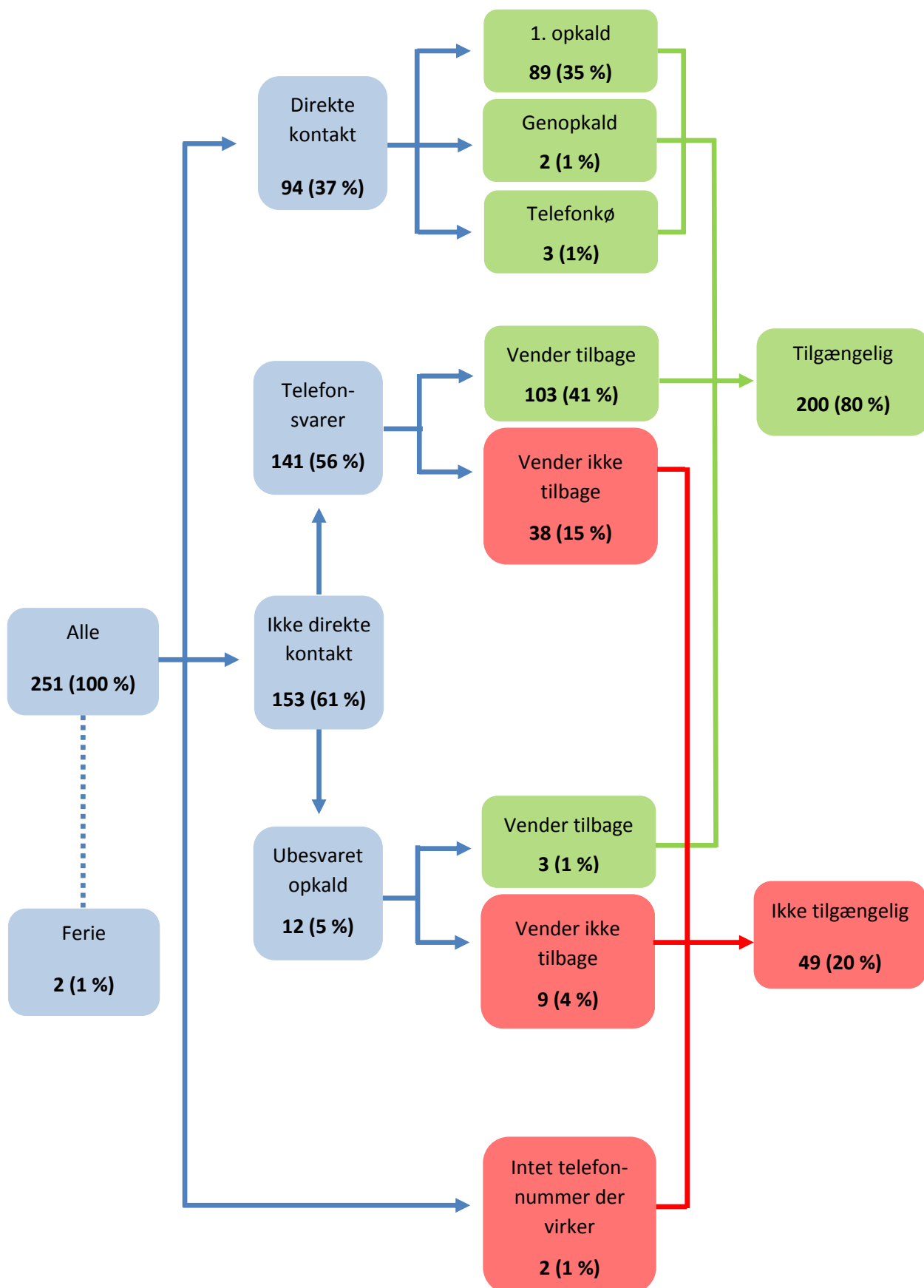
Figur 5.1 viser et flowdiagram over de forskellige udfald af opkaldene til undersøgelsens 251 psykolog-praksis. To af de 251 praksis oplyser ferie på telefonsvareren i den periode opkaldene er foretaget, og indgår, jf. metodeafsnittet, ikke i opgørelsen af den telefoniske tilgængelighed.

94 praksis er umiddelbart telefonisk kontaktbare (enten ved besvarelse af første opkald (89), ved kontakt ved genopkald (2) eller ved kontakt inden for 10 minutter i telefonkø (3)). Derudover er 106 praksis ikke direkte telefonisk kontaktbare, men vender, jf. overenskomsten, tilbage inden for to dage efter, at der er indtalt besked på telefonsvarer (103) eller efter et registreret 'ubesvaret opkald' (3). Disse i alt 200 praksis er alle ifølge undersøgelsens definition telefonisk tilgængelige.

Af de 153 praksis, der ikke er umiddelbart telefonisk kontaktbare, er der en række praksis, der heller ikke vender tilbage inden for to hverdage efter enten 'ubesvaret opkald' (9) eller efter indtalt besked på telefonsvarer (38). Derudover er der to praksis, hvor de oplyste telefonnumre ikke virker. Disse i alt 49 praksis er ifølge undersøgelsens definition ikke telefonisk tilgængelige.

I alt er 80 % af praksis altså telefonisk tilgængelige (heraf er 47 % umiddelbart kontaktbare), mens 20 % af praksis ikke er telefonisk tilgængelige efter undersøgelsens definition.

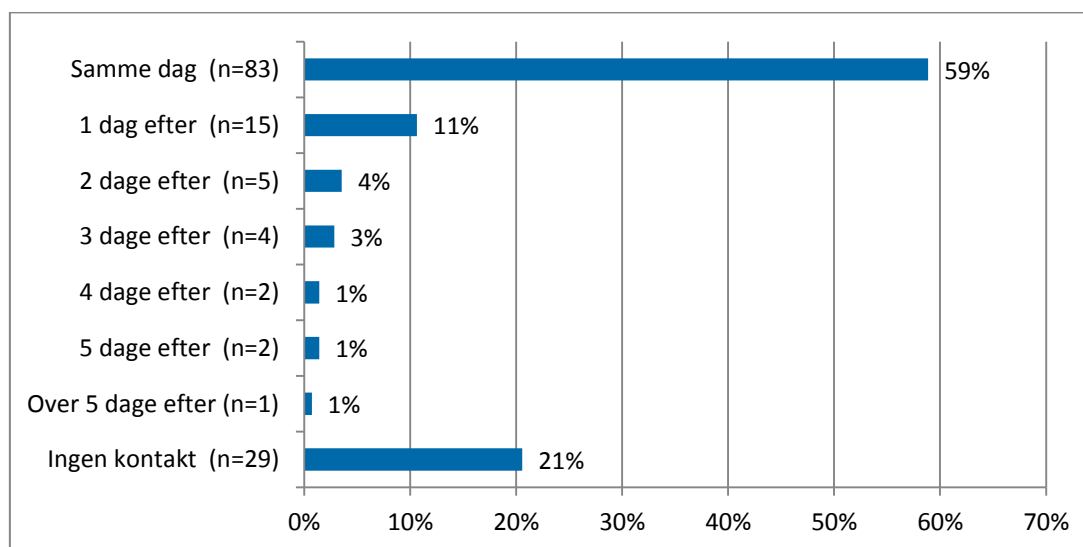
Figur 5.1 Flowdiagram over opkaldene



Forløbet med at komme i kontakt med de psykologer, der ikke er direkte kontakt med ved første opkald, beskriver vi nærmere i det følgende.

I alt 141 opkald går på telefonsvarer, hvor der er mulighed for at indtale en besked. Tre ud af fire af de psykologer, der modtager en telefonsvarerbesked, efterlever kravene i overenskomsten om at kontakte patienten senest inden for to hverdage. Dette kan ses af figur 5.2, der viser, hvor lang tid der går, fra beskeden på telefonsvareren bliver indtalt, til psykologen vender tilbage via telefonopkald eller sms. 59 % vender således tilbage samme dag, mens 15 % vender tilbage en eller to dage efter. 21 % af psykologerne vender slet ikke tilbage inden for den periode, undersøgelsen er i gang.⁷

Figur 5.2 Hvor hurtigt vender psykologerne tilbage efter indtalt telefonsvarerbesked?



Bemærk at 141 psykologer indgår i opgørelsen. Weekenddage tæller ikke med. Dvs. hvis en psykolog er blevet ringet op en fredag og vender tilbage mandag, tæller det som en dag efter.

De tre gange, hvor opkaldet går i telefonkø, besvarer psykologen opkaldet inden for et minut.

14 psykologer modtager op til tre genopkald.⁸ Ved to af psykologerne er der kontakt ved første genopkald et minut efter det første opkald, mens tre af psykologerne besvarer de ubesvarede opkald inden for to hverdage (tabel 5.1). Samlet set er fem af disse 14 psykologer altså telefonisk tilgængelige.

Tabel 5.1 Kontakt ved genopkald

	Antal	Andel
Kontakt ved 2. opkald	2	18 %
Besvarer opkald inden for 2 hverdage	3	27 %
Ingen kontakt	9	82 %

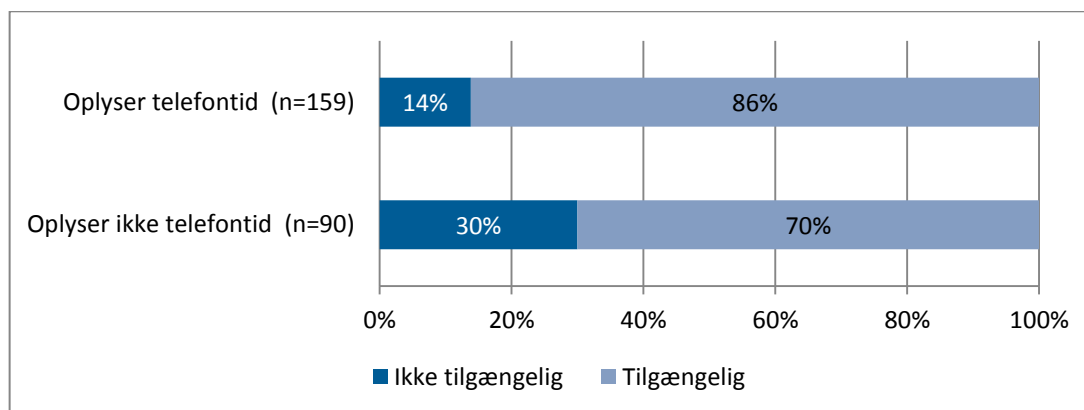
⁷ Registrering af eventuelle besvarelser fra psykologerne er stoppet d. 2. december 2016. Det er derfor muligt, at nogle af de psykologer, der er registreret som "ingen kontakt", efterfølgende kan have kontakttet os. Havde vi fortsat registreringen, kunne de være endt i kategorien "Over 5 dage efter".

⁸ For de psykologer, hvor der ikke er kontakt ved første opkald, og hvor der ikke er mulighed for at indtale en telefonsvarerbesked, eller hvor opkaldet ikke går i telefonkø, har vi foretaget op til tre genopkald.

5.2 Psykologer med oplyst telefontid er mere tilgængelige

Når vi ser på tilgængeligheden ud fra, om psykologerne oplyser telefontid eller ej, viser undersøgelsen, at 86 % af psykologerne med oplyst telefontid er telefonisk tilgængelige, mens 70 % af psykologerne uden oplyst telefontid er telefonisk tilgængelige (figur 5.3). Psykologer med oplyst telefontid er altså mere tilgængelige.

Figur 5.3 Telefonisk tilgængelighed fordelt på oplyst telefontid

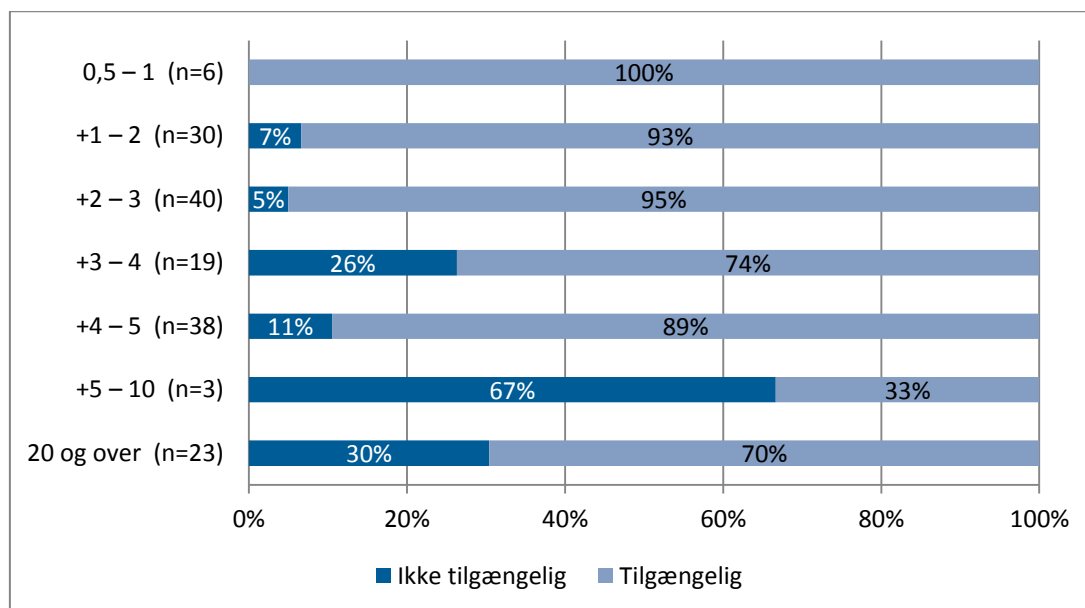


Bemærk at kun 249 psykologer indgår i denne opgørelse, da to psykologer har oplyst ferie i undersøgelsesperioden, og derfor ikke indgår.

5.3 Ingen sammenhæng mellem tilgængelighed og antallet af ugentlig telefontimer

Der er ingen klar sammenhæng mellem antallet af ugentlige telefontimer og den telefoniske tilgængelighed (figur 5.4). Der er dog en lille tendens til, at psykologer med færre ugentlige telefontimer er mere telefonisk tilgængelige.

Figur 5.4 Telefonisk tilgængelighed fordelt på antal ugentlig telefontimer

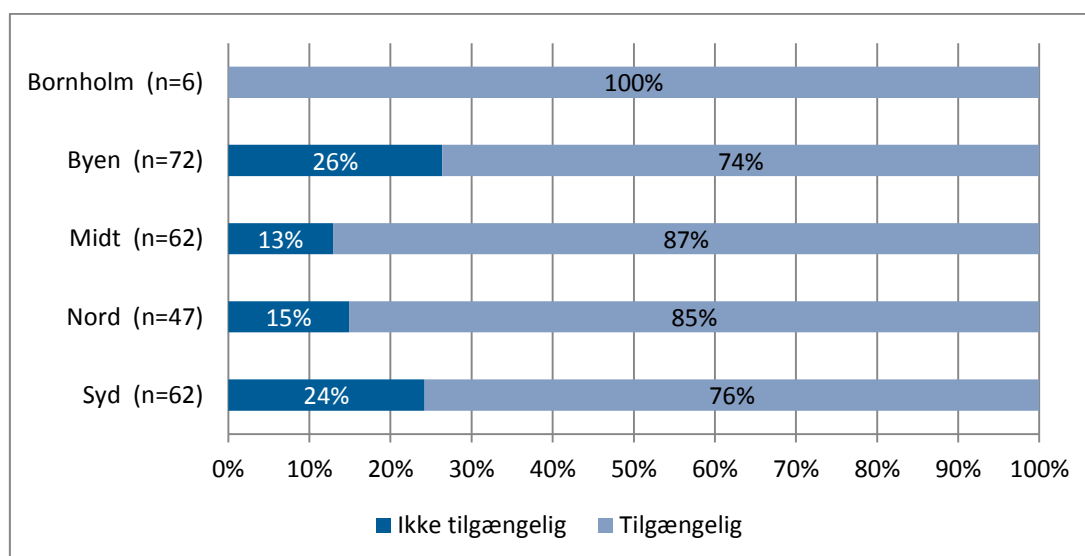


Bemærk at kun 159 af de 160 psykologer, der har oplyst telefontid, indgår i denne opgørelse. Én psykolog med oplyst telefontid oplyser ferie i undersøgelsesperioden og indgår derfor ikke.

5.4 Tilgængelighed fordelt på planområde

Samtlige psykologer på Bornholm er telefonisk tilgængelige (figur 5.5). Byen og Syd er de planområder, hvor den største andel psykologer ikke er telefonisk tilgængelige. Her er omkring én ud af fire psykologer ikke tilgængelige.

Figur 5.5 Telefonisk tilgængelighed fordelt på planområde



Bemærk at kun 249 psykologer indgår i denne opgørelse, da to psykologer har oplyst ferie i undersøgelsesperioden og derfor ikke indgår.

Bilag 1: Overenskomst om psykologhjælp

Mål om telefonisk tilgængelighed, jf. § 16

- Stk. 1: ”Med henblik på at tilvejebringe uddybende information til brug for patientens valg af psykolog, er der for hver psykolog en praksisdeklaration, som er tilgængelig på sundhed.dk.”
- Stk. 2: ”Psykologen er forpligtet til at vedligeholde egne oplysninger i praksisdeklarationen. Oplysningerne redigeres på sundhed.dk, og der logges på med brug af digital signatur.”
- Stk. 3: ”I praksisdeklarationen vil følgende oplysninger fra regionens yderregister fremgå:
 - Praksisnavn, konsultationsadresse og telefonnummer
 - Navn, alder og køn på indehaver af klinikken.

Psykologen skal selv oplyse (uddrag):

- Aktuelle konsultations- og telefontider.
- Oplysning om ferie og længerevarende fravær, sygdom og kurser mv.”
- ANMÆRKNING TIL § 16, STK. 3:
”Hvis en patient ikke opnår kontakt med psykologen via de angivne kontaktmuligheder i psykologens praksisoplysning inden for den given træffetid, skal psykologen normalt kontakte patienten næstfølgende hverdag efter patientens henvendelse, dog senest inden for to hverdage.”

Bilag 2: Standardtekster til opkald til psykologpraksis

Ved kontakt til psykologen informerer vi psykologen om følgende:

Hej, jeg hedder [navn]. Jeg ringer fra Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse i Region Hovedstaden.

Vi er i gang med at undersøge den telefoniske tilgængelighed blandt psykologer med overenskomst i Region Hovedstaden.

En del af denne undersøgelse er derfor, at vi ringer dig op. Jeg registrerer nu, at vi har haft kontakt til dig.

Du skulle gerne være blevet varslet om undersøgelsen d. 10/11 2016 i en mail.

Undersøgelsens resultater bliver offentliggjort i aggregeret form i en rapport til samarbejdsudvalget for psykologhjælp.

Det var det hele. Er der noget, du vil spørge om?

Undskyld forstyrrelsen. Hav en god dag.

Ved telefonsvarer indtaler vi følgende:

Hej det er [dit fornavn].

Du kan ringe tilbage på telefonnummer [nummeret til den mobiltelefon, du ringer fra].

Vores telefonsvarer siger følgende:

Hej, du har ringet til Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse i Region Hovedstaden.

Det opkald, du har besvaret, er en del af en undersøgelse af den telefoniske tilgængelighed i psykologpraksis, som vi laver for Region Hovedstaden.

Du må derfor meget gerne indtale navn og telefonnummer. Så registrerer vi, at du har besvaret vores opkald, og du behøver ikke gøre yderligere.

Har du spørgsmål, så kontakt Christine Enevoldsen Flink på tlf. 38 64 99 60.

Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse

Nordre Fasanvej 57
2000 Frederiksberg

Telefon: 38649966

E-mail: eeb@regionh.dk

www.patientoplevelser.dk

Oversigtsskema til høringssvar til praksisplan for psykologhjælp 2018-2021			
Kapacitet (Kommentarer til kapitel 3)			
Høringspart	Punkt	Høringssvar	Ændring som følge af høringssvar/ svar på høringssvar
Københavns Kommune, Center for Sundhed	Bilag 3. Tabel 3.	Det bemærkes, at Brønshøj-Husum har regionens dårligste dækning af psykologer.	Der tages ved fordeling af ledige kapaciteter hensyn til psykologdækning i de enkelte områder.
	3.3	Sundheds- og Omsorgsforvaltningen løfter en større opgave i forbindelse med oprettelse af stressklinikker, som bl.a. er med til at dæmme op for mere alvorlige symptomer som angst og depression fremadrettet. Udover at være optager af psykologer på stressklinikker, anvender Sundheds- og Omsorgsforvaltningen også psykologer til indsatsen "Ung i forandring" til unge på ungdomsuddannelser og unge ledige. Det skal derfor overvejes, om der i fremtiden vil mangle psykologer i dele af planområde Byen og Syd.	Der holdes løbende øje med kapacitetsfordeling og produktivitet. Regionen oplever pt. ikke problemer i forhold til rekruttering.
Københavns Kommune, Socialforvaltningen	3.6	Socialforvaltningen tilslutter sig praksisplanens fokus på god tilgængelighed i psykologpraksis for borgere med funktionsnedsættelser og opdateret information om den fysiske tilgængelighed i den enkelte praksis.	
Ballerup Kommune	3.6.1	Overordnet set er der meget fokus på tilgængelighed og det er fint. Måske kunne man anføre, at der er handicapgrupper som har mere specialiserede behov. Døve, udviklingshæmmede osv.	God Adgangs mærkningsordning er differentieret i forhold til 7 funktionsnedsættelser med forskellige behov til tilgængelighed, herunder høre og udviklingshandicappede. Der er foretaget tilføjelse i punkt 3.6.1, der specificerer hvilke funktionsnedsættelser der er omfattet.
	Bilag 3.	Kapaciteten ser ud til at matche behov i Ballerup.	

Punkt nr. 17 - Godkendelse af Praksisplan for psykologhjælp 2018-2021

Bilag 3 - Side -2 af 15

	Tabel 3.		
	3.5.	Fokus på psykologernes alder - der bør arbejdes for yngre kræfter og måske derfor er der også manglende indberetninger, it-løsninger osv. Det vil være ønskeligt om praksisplanen forholdt sig til det fordi det er lettere at arbejde med spejling og psykologiske begreber når også alder og match er et element i det.	Der er tilføjet en formulering der tilgodeser behovet for større aldersmæssig spredning. Kompetencen til at lægge retningslinjerne for bedømmelsesudvalgets beslutninger i relation til rekruttering er placeret nationalt.
	1.1.	Visionen er fin og godt med arbejdet omkring indsigt og gennemsigthed samt det at psykologerne er en del af noget mere / større.	
PLO-Hovedstaden	3.2.3	Vi bifalder, at ventetid inddrages som selvstændig faktor til vurdering af kapacitet, idet vi ved, at prognosen for helbredelse af mange af de tilstande, som vi henviser patienter til psykolog med, er afhængig af den tid, der går, før patienten kommer i behandling. I visse planområder kan der være op til ½ års ventetid på at komme i behandling på henvisning – mens ventetiden er 1-2 uger, hvis patienten har privatforsikring.	Parterne har fokus på udviklingen i ventetid til psykologhjælp.
Dansk Psykologforening	3.2.3, stk. 1	Dansk Psykolog Forening er bekymret for formuleringen i stk. 1: "vurderes ansøgningerne alene i forhold til praksislokalernes tilgængelighed for personer med funktionsnedsættelse". Det er vores opfattelse, at der skal være en samtidighed af vurderingsgrundlaget i Overenskomst om Psykologhjælp af juli 2016 (herefter "POK") § 19, stk. 1 samt stk. 2, og at man derfor ikke alene kan henholde sig til handicaptilgængelighed.	Det er præciseret i planen at vurderingen sker i overensstemmelse med overenskomsten.
	3.2.3, stk. 2	Dansk Psykolog Forening er endvidere bekymret for formuleringen i stk. 2: "Det kan vægte positivt, hvis psykologen flytter til et praksisfællesskab eller sundhedshus med andre faggrupper". Igen må der ske en samtidig vurdering af de forskellige overenskomstrelaterede flyttekriterier i POK § 19. Vi ser også en risiko for, at den økonomiske faktor, i forbindelse med flytning til f.eks. sundhedshus, vil være afgørende på den vis, at psykologer med højere indtjening, vil have en fordel, idet det ofte er dyrere at etablere sig i sundhedshuse end i almindelig klinik.	Formuleringen fastholdes. Der lægges ikke op til at se bort fra overenskomstens kriterier, da hensynet til om ansøgeren vil indgå i praksisfællesskab i planen beskrives som ' Et supplerende hensyn i afgørelsen af flyttesager kan være... '.
	3.3.1, stk. 1	"let til moderat OCD" skal ændres til "let til moderat angst".	Formuleringen er ændret.
	3.3.1, stk. 1	Rettelse: Tabel 6. "let til moderat ODC" skal ændres til "let til moderat angst".	Her er definitionen korrekt.

Punkt nr. 17 - Godkendelse af Praksisplan for psykologhjælp 2018-2021

Bilag 3 - Side -3 af 15

	3.4	Dansk Psykolog Forening skal bemærke, at praksisformer i psykologpraksis reguleres i POK § 8.	Der er tilføjet sætning: Disse praksisformer beskrives i overenskomstens § 8.
	Boks 4	Praksisfællesskaber: Det er Dansk Psykolog Forenings vurdering, at denne tekst fremstår som mere rettet mod læger end psykologer og vi ønsker derfor at teksten tilpasses psykologer. Vi ønsker derfor slettet følgende: sidste sætning i stk. 1, "faglig videreuddannelse" i stk. 2 samt hele stk. 3, stk. 4 og stk. 5. Vi ønsker endvidere ændre ordet "vil" i stk. 2 til ordet "kan".	Der er foretaget justeringer, herunder er "faglig videreuddannelse" slettet. Det er tydeliggjort, at der er tale om regionens vision vedrørende praksisfællesskaber.
	3.4, Stk. 4	Om placering i praksisfællesskab: Dansk Psykolog Forening skal bemærke, at målet om at øge andelen af praksisfællesskaber alene er regionens mål. Vi skal endvidere understrege, at det primære i forhold til flytninger er kriterierne i POK § 19, stk. 1, stk. 2 samt stk. 3. Der skal ikke fra regionens side indsættes kriterier som går forud for indholdet i POK.	Praksisplanen kan fastlægge retningslinjer på dette område så længe det ikke strider mod overenskomsten og der er enighed om det i samarbejdsudvalget. Vedr. kriterier for flytning se ovenfor vedr. 3.2.3. stk. 2.
	3.6.1	Dansk Psykolog Forening har bemærket, at regionens tilgængelighedsmærkning "God adgang" kun er blevet tilbudt i perioden 2014-2017, og det kun er i alt 7 psykologpraksis, som er blevet mærket med "God adgang". Vi skal videre bemærke, at tilgængelighedsmærkningen ikke er forankret i POK.	God Adgang er et gratis og frivilligt tilbud fra regionen til behandlere i praksissektoren. Tilbuddet er forlænget til udgangen af 2019.
	3.6.2 Tabel 10 og Bilag 4.	Dansk Psykolog Forening undrer sig over oplysningerne i tabellen, og skal spørge hvorvidt oplysningerne er trukket fra sundhed.dk. Såfremt dette er tilfældet, er det vores vurdering, at resultatet ville være anderledes såfremt regionen havde henvendt sig direkte til de forskellige psykologpraksis.	Foranlediger at tabellen udelades, men oplysningerne bibeholdes i teksten. Det er tydeliggjort, at oplysningerne kommer fra en undersøgelse. Undersøgelsens resultater ses i bilag 4 og er baseret på oplysninger fra praksisdeklarationerne på sundhed.dk samt besøg på samtlige psykologpraksis' hjemmesider. (Jf. overenskomsten § 16 er sundhed.dk det sted patienter kan hente info om kontakt til

Punkt nr. 17 - Godkendelse af Praksisplan for psykologhjælp 2018-2021

Bilag 3 - Side -4 af 15

			praksis.)
	3.6.2	Anbefalinger vedr. tilgængelighed til psykologpraksis: Det er Dansk Psykolog Forenings opfattelse, at punkt 4 og 5 slettes, idet det ikke er POK-reguleret.	Anbefaling 4 og 5 fastholdes, da overenskomsten ikke forhindrer, at praksisplanen fremmer tilgængelighed.
Sundhedsfagligt Råd Psykiatri	3.2.1 og Bilag 3	Der er 256 kapaciteter til praktiserende psykologer i Region Hovedstaden. Praktiserende læger oplever, at der kan være meget lang ventetid på psykologbehandling, ikke kun for pkt. 10 og 11 (angst – depression).	Parterne har fokus på udviklingen i ventetid til psykologhjælp.
	3.2.2	Det er positivt at praksisplanen lægger op til at der fra 1.1.18 skal være en minimumsafregning på 100.000,- per kapacitet.	Minimumsafregningen fastlægges i overenskomst om psykologhjælp.
	3.2.3	Vi imødeser, at man i planperioden arbejder målrettet på at udvikle metoder til at bruge ventetid som faktor for vurdering af behandlingskapacitet.	Formulering er ændret til: "Ventetid kan på sigt udgøre en faktor i vurdering af behandlingskapaciteten."
Regionsældrerådet	3.6	Regionsældreråd Hovedstaden tilslutter sig praksisplanens bestemmelser vedrørende tilgængelighed.	
		Der bør i lighed med eksempelvis reglerne for almen læge og speciallæge praksis gives mulighed for akut hjælp.	Dette forslag kræver ændring af overenskomsten eller indgåelse af en lokalaftale.
	Bilag 3	Ventetiden for psykologhjælp er urimelig lang, hvilket Regionsrådet og den faglige organisation må indlede et samarbejde om at få nedbragt.	Parterne har fokus på udviklingen i ventetid til psykologhjælp
	Bilag 3	Der bør gives mulighed for hurtigere indsats i relation til depression og angst.	Parterne har fokus på udviklingen i ventetid til psykologhjælp
Regionshandicaprådet	3.3	Borgere med funktionsnedsættelse har ofte også mobilitetsvanskeligheder, og derfor spiller afstand til et givent sundhedstilbud en central rolle for borgerens mulighed for at benytte sig af tilbuddet. Derfor ser RHR med tilfredshed at en af målsætningerne i denne praksisplan netop er at understøtte lighed i sundhed gennem en hensigtsmæssig geografisk fordeling af de praktiserende psykologer.	
	3.6	Tilgængelighed i psykologpraksis: det er et godt gennemarbejdet afsnit. Det er positivt at der nu er enighed mellem parterne om at fokusere på forbedring af tilgængeligheden samtidigt med at borgernes muligheder for at kunne finde oplysningerne om tilgængeligheden også prioriteres. Da tallene i tabel 7 med al tydelighed viser at der er grundlag for tilgængelighedsmæssige forbedringer i	Udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde har i foråret besluttet en handleplan som skal øge kendskabet til Regionens tilbud om God Adgang.

Punkt nr. 17 - Godkendelse af Praksisplan for psykologhjælp 2018-2021

Bilag 3 - Side -5 af 15

		psykologpraksis, vil RHR anbefale at der sker en styrket indsats på dette område bl.a. i form af en øget profilering af God Adgang mærkningsordningen.	
	3.6.1	RHR vil gerne benytte lejligheden til at understøtte vigtigheden af at praksis-deklarationerne på sundhed.dk også bliver holdt opdaterede. Uden opdaterede praksisdeklarationer får personer med funktionsnedsættelse endnu vanskeligere ved blive orienteret om tilgængeligheden i den enkelte psykologpraksis.	Dette indgår i planens afsnit 3.6.1.
Patientinddragelsesudvalget	3.2.3	Vurdering og fordeling af psykologkapacitet i Regionen Side 16. PIU kan understøtte, at ventetid til behandling bliver så kort som mulig.	Parterne har fokus på udviklingen i ventetid til psykologhjælp
	3.2.3	Side 17. PIU kan understøtte, at det vægtes positivt, hvis psykologen flytter til et praksisfællesskab eller sundhedshus med andre behandlergrupper.	
	3.3	3.3. Forbrug og produktion af psykologbehandling Side 18 sidste afsnit: De to grupper, der modtager flest og næstflest ydelser med tilskud er grupperne 10 og 11. PIU undrer sig derfor over, at der ifølge overenskomsten maksimalt må omsættes for 260.000 kr. årligt for disse 2 grupper. Hvis patienter med moderat depression eller moderat OCD henvises til psykologhjælp med tilskud, kan ventetiden ifølge psykologernes hjemmesider være 6 til 8 uger, i nogle tilfælde helt op til 24 uger, selv om der ville være plads, hvis patienten betalte selv. PIU bemærker, at nye undersøgelser viser, at angst er skyld i, at 1.026 danskere måtte førtidspensioneres i 2016. Der er tale om en stigning på 51 procent fra 678 tilfælde af angst-begrundede førtidspensioner i 2013. De nye tilkendelser af førtidspensioner på grund af angst kostede alene sidste år samfundet 3,4 milliarder kroner i produktionstab – en stigning på 910 millioner kroner i forhold til 2013, har Dansk Psykolog Forening beregnet. I beregningen indgår tabet af det arbejde, de førtidspensionerede kunne have udført frem til pensionsalderen, hvis de var blevet på arbejdsmarkedet. Udgiften kunne for en stor dels vedkommende formentlig være undgået, hvis man i tide havde sat ind med den rette behandling, da angst er en forholdsvis ukompliceret lidelse, som kan behandles effektivt, hvis den bliver taget i opløbet. PIU bemærker, at patienter kan få tilskud til psykologhjælp mod depression uanset alder, men kun til hjælp mod angst, hvis man er mellem 18 og 38 år. PIU påpeger ud fra ovenstående, at det her halter med den lige adgang til ydelse, samt at aldersdiskriminering og egenbetaling skaber ulighed i sundhed.	Omsætningsgrænser for psykologerne og afgrænsning af målgrupper for behandling fastlægges i overenskomsten.
	3.6.1	Boks 5 Overenskomstens bestemmelser over fysisk tilgængelighed. PIU finder det positivt, at Region Hovedstaden tilbyder alle praktiserende behandlere	

Punkt nr. 17 - Godkendelse af Praksisplan for psykologhjælp 2018-2021

Bilag 3 - Side -6 af 15

	med ydernummer i regionen at blive tilgængelighedsmærkede med mærkeordningen "God Adgang", idet denne ordning ikke kun fokuserer på funktionsnedsættelse, men også på andre handicap som f. eks. allergi eller synsnedsættelse.	
3.5	PIU finder det bekymrende, at der indenfor en kort tidshorisont kommer til at ske en stor udskiftning i psykologgruppen pga. alder, og at der tilsyneladende ikke gøres nogen betragtning om dette problem og rekruttering i teksten.	Der er foretaget en tilføjelse til punkt 3.5. vedr. aldersfordeling blandt psykologer: "Ud fra et patientperspektiv kan alder og køn være væsentligt, når der arbejdes med spejling og andre psykologiske metoder. Det anses derfor som hensigtsmæssigt at arbejde frem mod en større spredning i alder og køn." Regionen oplever i øvrigt ikke pt. rekrutteringsproblemer på området.
3.6.1	PIU ønsker at henlede opmærksomheden på fremmedsprogstolkning. Ud fra undersøgelsen refereret i Ugeskrift for læger, http://ugeskriftet.dk/videnskab/effekt-af-brug-af-tolk-i-psykoterapi er der mulige specielle relationelle hensyn, der også skal iagttages i psykologpraksis.	Eventuelle problemer i forbindelse med fremmedsprogstolkning vil blive inddraget i implementeringen af anbefaling om patient- og pårørendesamarbejde i afsnit 4.1.1.
3.6.	PIU gør opmærksom på handicappede/patienter med kommunikationsvanskeligheder. Her ønsker vi også at nævne, at der desuden skal tages højde for patientens/pårørendes sundhedskompetencer.	Det vurderes at afsnit 4.1.1 vedr. aktivt samarbejde med patienten, omfatter de nævnte patientgrupper og tager højde for sundhedskompetencer.
3.6.2 / 4.2	Der er megen fokus på skriftlig kommunikation/epikriser. PIU ser gerne, at der også blev fokus på telefonisk kommunikation mellem de forskellige sektorer.	Tages med i det videre arbejde med implementering af anbefalinger i afsnit 4.2
Psykologpraksis i det sammenhængende sundhedsvæsen (Kommentarer til kapitel 4)		

Punkt nr. 17 - Godkendelse af Praksisplan for psykologhjælp 2018-2021

Bilag 3 - Side -7 af 15

Københavns Kommune, Center for Sundhed		Positivt med en praksisplan, som også har fokus på udvikling af samarbejde og sammenhæng mellem sektorerne.	
	4.2.2	Sundheds- og Omsorgsforvaltning finder, at anbefalingen om at undersøge muligheden for at praktiserende psykologer og psykiatere kan foretage indledende test af børn og unge er interessant.	
	4.2.3	Sundheds- og Omsorgsforvaltning er enig i anbefalingen om, at undersøge muligheden for øget samarbejde og kommunikation mellem kommuner og psykologpraksis afdækkes, og at der på sigt også udvikles et øget samarbejde og kommunikation mellem parterne.	
Københavns Kommune, socialforvaltningen		Socialforvaltningen tilslutter sig praksisplanens anbefalinger vedr. styrkelse af det sammenhængende patientforløb, herunder samarbejde og kommunikation med behandlere om fælles patienter. Socialforvaltningen tilslutter sig yderligere anbefalingerne omkring styrkelse af patienten som medbestemmende i eget patientforløb, og anbefalingen om, at potentialet for kommunikation og samarbejde mellem psykologpraksis og kommune afdækkes.	
Ballerup Kommune	4.2.3	pkt. 4.2.3 omkring samarbejde med kommunen / arbejdsmarked. Det skal styrkes og have mere fokus. Den rehabiliterende indsats og "herre i eget liv", recovery skal have mere fylde i psykologernes virke i samspillet med praktiserende læge. Trekanten praktiserende læge, psykolog og kommune / arbejdsmarked skal konstant være i fokus. Måske bærer planen præg af at være relateret til det øvrige sundhedsvæsen! Netop psykologernes rolle i mental sundhed skal vægtes i arbejdet med at borgere får mere greb om livet – arbejdsmarkedskrav osv.	Der er foretaget tilføjelse til afsnit 4.2.3: "Yderligere skal det afdækkes hvordan, samarbejdsrelationen mellem psykologpraksis og kommuner kan styrkes for at indfri et sådant potentiale." Ved implementering af anbefalingen om samarbejdet mellem psykologpraksis og kommuner, vurderes det om almen praksis også bør inddrages i samarbejdet.
Tårnby Kommune	4.2.3	For at sikre borgere et sammenhængende og rehabiliterende forløb anbefales at potentialet for kommunikation og samarbejde mellem psykologer og kommuner styrkes, eksempelvis ved samarbejds/netværksmøder.	Der er foretaget en tilføjelse til afsnittet for at lægge vægt på at styrke samarbejdet: "Yderligere skal det afdækkes, hvordan samarbejdsrelationen mellem psykologpraksis og kommuner kan styrkes for at

Punkt nr. 17 - Godkendelse af Praksisplan for psykologhjælp 2018-2021

Bilag 3 - Side -8 af 15

			indfri et sådant potentiale.”
Tårnby Kommune Handicap og psykiatricenter	4.2.2	For at sikre og understøtte særligt udsatte borgere fortsat kan mestre deres sygdom, bør det overvejes, at målgruppen for borgere, der er berettiget til tilskud til psykolog behandling udvides til også at omfatte de borgere/sindslidende der afsluttes fra behandling i Psykiatrisk regi til egen praktiserende læge, således, at den gruppe får et mere helhedsorienteret tilbud.	Udvidelse af målgruppen for psykologhjælp er et overenskomstanliggende. Der henvises Region Hovedstadens psykiatriudvalgs treårsplan hvor der lægges op til at undersøge mulighederne for at justere henvisningskriterier til psykologhjælp. Der er tilføjet et afsnit i planen om dette.
PLO-Hovedstaden	4.2	I et sammenhængende sundhedsvæsen er kommunikation mellem behandlere helt essentiel. Aftalen om start- og slutbrev fra psykolog til egen læge er en vigtig del af det fælles ansvar for patientbehandling.	
	4.2.1	Vedrørende ønske om fælles undervisning for almen praksis og psykologer kan det ikke forventes, at praktiserende læger deltager i fælles undervisning uden forudgående aftaler. Det kan kun blive aktuelt i det omfang, der indgås aftaler med almen praksis, hvor dels det faglige indhold og udbytte skal vurderes; dels kan der være lokale behov og forhold, som kan have betydning for, hvad der kan optimeres i samarbejdet.	Tages til efterretning.
Dansk Psykologforening	4, stk. 2	Stk. 2: Det er Dansk Psykolog Forenings opfattelse, at ordet ”forpligtende” skal slettes.	Formuleringen: ”Parterne bag praksisplanen er enige om at understøtte udviklingen af psykologpraksis som en integreret del af sundhedsvæsenet, herunder at psykologpraksis indgår i gensidigt forpligtende tværsektorielt samarbejde med fokus på sammenhængende patientforløb”, fastholdes. I tilfælde, hvor samarbejdet rækker ud over overenskomstens krav, skal der indgås lokale aftaler.
	4.1.1	Det er Dansk Psykolog Forenings opfattelse, at indholdet er relateret til	Psykologforeningens perspektiv

Punkt nr. 17 - Godkendelse af Praksisplan for psykologhjælp 2018-2021

Bilag 3 - Side -9 af 15

		lægeområdet, og foreslår derfor at teksten erstattes med følgende: "Aktivt samarbejde med patienten tager udgangspunkt i Dansk Psykolog Forenings "Principerklæring om evidensbaseret psykologisk praksis" fra 2012, hvori det beskrives, at psykologiske ydelser er mest effektive, når de er tilpasset patientens kulturelle kontekst og individuelle forhold, hvormed menes patientens specifikke problemer, kompetencer, personlighed, funktionsniveau, sociokulturelle miljø og personlige præferencer. Evidensbaseret psykologisk praksis defineres som en praksis, der integrerer den bedste forskning med psykologisk ekspertise, set i sammenhæng med patientens individuelle træk, kultur og præferencer. Patientens udvikling skal fortløbende evalueres og justeres sammen med denne, ligesom valget af metode og andre interventioner i videst muligt omfang skal træffes i samarbejde med patienten."	på patientsamarbejde anerkendes, men regionen ønsker et bredere perspektiv, der også fokuserer på patientens egen aktive deltagelse. Formuleringen fastholdes derfor.
	4.1.3	Dansk Psykolog Forening skal bede regionen om, at eksemplificere hvad utilsigtede hændelser i psykologpraksis er.	Der henvises til afsnit 5.4.1, hvor det fremgår, at eksempler på UTH i psykologpraksis skal beskrives i planperioden.
	4.2.1	Dansk Psykolog Forening bemærker, at den kommunikation som skal foregå mellem psykolog og almen praksis er reguleret i POK § 1, stk. 3. Såfremt der skal indføres en øget kommunikation udover den overenskomstregulerede, herunder f.eks. indførelse af korrespondancemeddelelser, skal dette honoreres.	Det vurderes, at praksisplanen ikke lægger op til kommunikation, der ligger ud over overenskomsten. Planen henviser til overenskomstens § 1 stk. 2-3 og til § 10 stk. 7.
	4.2.1	Vedr. Korrespondancebrev Dansk Psykolog Forening skal atter bemærke, at den kommunikation som skal foregå mellem psykolog og almen praksis er reguleret i POK § 1, stk. 3, og at al øvrig kommunikation udover den overenskomstregulerede, skal honoreres.	Det vurderes, at praksisplanen ikke lægger op til kommunikation, der ligger ud over overenskomsten.
	4.2.2	Dansk Psykolog Forening skal bemærke, at udførelse af test ikke er overenskomstreguleret, og skal derfor honoreres særskilt. Vi er enige om, at der foreligger evt. mulighed for lokalaftalerregulering på området, men såfremt eventuel lokalaftale skal indgås, er det en forudsætning, at aftalen finansieres separat fra overenskomstpuljen, og at den i øvrigt ikke er overenskomststridig.	Såfremt psykologer skal løse opgaver, der ligger udenfor overenskomsten, vil der blive indgået lokalaftale herom.
	4.2.4	Dansk Psykolog Forening bemærker, at det aldrig har forekommet, at man som psykolog modtager epikriser fra klienters egen læge.	Formulering justeres til: "I de tilfælde hvor en patient har været indlagt, kan psykologerne – forudsat

Punkt nr. 17 - Godkendelse af Praksisplan for psykologhjælp 2018-2021

Bilag 3 - Side -10 af 15

			patientens samtykke samt at lægen vurderer det relevant - modtage en epikrise fra den praktiserende læge.”
Sundhedsfagligt Råd Psykiatri	4.2.1	Generelt er det positivt med initiativer til forbedret samarbejde mellem praktiserende psykologer og praktiserende læger. Startbrev, epikriser og korrespondancemeddelelser er væsentlige kommunikationsmidler. Det er godt at der lægges op til at arbejde både med at startbreve og epikriser bliver benyttet og med at øge kvaliteten af epikriser.	
	4.2.1	Tiltag der kan bidrage til at øge kendskabet til hinanden, og et tættere fagligt samarbejde vurderes vigtige. Det kan være afholdelse af fælles faglige møder for praktiserende læger og psykologer, evt. i lokale 'klynger'. Bedre lokalt kendskab til hinanden vil kunne øge mulighed for udvikling af større samarbejde, hvor læge og psykolog kan fungere som et koordineret behandlerteam for patienten, og derved øge kvaliteten i behandlingen.	
	4.2.2	Tiltag der styrker collaborative care bør understøttes.	Der er i planen fokus på samarbejde på tværs af sektorer.
	4.2.1	Planens tekst ”Der er kommet en ny ydelse i overenskomsten, hvorved 1. og 2. konsultation uden efterfølgende forløb (fejlhenvi sning) registreres. Der vil således kunne følges op på omfanget af fejlhenvi sninger. ” Det er ikke retvisende at kalde det ”fejlhenvi sning”. Patienten kunne have fået det bedre i de 2-3 måneders ventetid på psykolog eller der kunne være uenighed om diagnosen: fx lægen mener patienten har en depression mens psykologen ikkemener det. Hvem har så stillet den rigtige diagnose?	Der henvises til overenskomstens § 10, stk. 2 vedr. psykologers forpligtelse til at vurdere patienten indenfor henvisningskriterierne, hvor begrebet fejlhenvi sninger benyttes i tilfælde hvor psykologen vurderer at patienten falder udenfor henvisningskriterierne. I planens afsnit 4.2.1 beskrives, at der i planperioden vil blive arbejdet med at udbrede kendskabet i almen praksis til henvisningskriterierne. Der indgår endvidere en anbefaling om samme.
	4.2.1	Hvis psykologer selv stiller diagnoser, hvorfor skal vi så henvise? Psykologen skal uanset hvad afslutte et forløb hvor patienten ikke har behandlingsbehov mere.	Regionen henviser til 4.2.1, anbefaling om udbredelse af kendskab i almen praksis til henvisningskriterier. Det er

Punkt nr. 17 - Godkendelse af Praksisplan for psykologhjælp 2018-2021

Bilag 3 - Side -11 af 15

			administrationens opfattelse at der er behov for yderligere vejledning til almen praksis ift. henvisningskriterier til psykologhjælp.
Regionshandicaprådet	4	For RHR er det naturligvis vigtigt at der sikres gode overgange mellem psykologpraksis og øvrige aktører på sundhedsområdet. Samtidigt er det vigtigt at patienterne indgår som aktiv samarbejdspart i et behandlingsforløb, hvor patientens viden og ønsker drages i spil. Dette forudsætter RHR sker under hensyntagen til den enkeltes egen formåen, ressourcer og livssituation.	
	4.2	Da borgere med funktionsnedsættelse ofte er i kontakt med flere / mange aktører i sundhedsvæsenet på samme tid, er det vigtigt at også praktiserende psykologer indgår i flere forskellige samarbejdsrelationer. Det kan være samarbejde med borgerens hjemkommune, med borgerens egen læge osv. Uden disse samarbejdsrelationer vil, borgeren ikke opleve en sammenhæng i eget forløb.	Der er i planen fokus på at styrke praktiserende psykologers samarbejde med kommuner, almen praksis og psykiatrien.
	4.2.2	Det er af stor vigtighed for RHR at der i denne planperiode sættes fokus på at styrke kommunikationen mellem praktiserende psykologer og praktiserende speciallæger. For at undgå den unødige ventetid, børn og unge oplever for at få igangsat en behandling hos en psykiater, er det vigtigt at praktiserende psykologer nu inddrages og bidrager til psykologiske undersøgelser af børn og unge. RHR ser derfor frem til at der nu indgås de nødvendige lokalaftaler på dette område.	
	4	RHR ser denne nye praksisplan som et godt udgangspunkt for at praktiserende psykologer bliver en integreret del af det samlede sundhedsvæsen og ser frem til at borgere med funktionsnedsættelse nu på dette område vil opleve et tværsektorielt samarbejde med fokus på sammenhængende patientforløb og lighed i sundhed.	
Patientinddragelsesudvalget	4.1	PIU kan henvise til det notat om aktivt samarbejde med patienter og pårørende, som blev udarbejdet af arbejdsgruppen under sundhedsaftalen, som flere PIU-medlemmer deltog i. Se link til rapport: https://www.regionh.dk/Sundhedsaftale/bilag-og-download/Documents/Rapport_aktivt%20samarbejde_august2016.pdf	Notatet inddrages i implementering af praksisplanens anbefalinger om patient og pårørendeinddragelse.
	4.1.1	PIU anbefaler, at der under anbefalinger side 30 tilføjes et ekstra: •At der som ovenfor beskrevet tages udgangspunkt i patientens livssituation og sundhedskompetencer.	Det vurderes at hensynet til patientens livssituation og sundhedskompetence er omfattet af teksten i afsnit 4.1.1.
	4.1.1	Handicappede/patienter med kommunikationsvanskeligheder. OBS: ift. tilgængelighed og sundhedskompetence	Se ovenstående bemærkning. Der er i afsnit 3.6.1 tilføjet specificering af målgrupperne

Punkt nr. 17 - Godkendelse af Praksisplan for psykologhjælp 2018-2021

Bilag 3 - Side -12 af 15

			for God Adgangs tilgængelighedsmærkeordning. Patienter med kommunikationsvanskeligheder er omfattet af målgrupperne.
	4.2.2	Anbefalinger side 34 PIU finder det vigtigt, at samarbejdet mellem praktiserende psykiatere og psykologer udvikles, således som det er foreslået.	
	4.2.4	PIU finder det vigtigt, at samarbejdet mellem praktiserende psykiatere og psykologer udvikles, således som det er foreslået. Side 35. Her beskrives, hvordan psykologen kan motivere en selvmordstruet patient til at henvende sig på psykiatrisk skadestue. Hvis patienten indlægges og ved udskrivelsen ønsker det, kan egen læge sende epikrisen til psykologen. I dag udskrives selv en selvmordstruet person ofte hurtigt. PIU anbefaler, at der er en mulighed for en tilbagehenvisning til psykologen eller i det hele taget en mulighed for en eller anden form for opfølgning, hvor der ikke skal ventes unødigt.	Jf. overenskomsten er det kun almen praksis der kan henvise til psykologhjælp. Region Hovedstadens psykiatri har aktuelt øget aktiviteten til forebyggelse af selvmord blandt nyudskrevne patienter. Se indsatsen SAFE hvortil der er afsat 18 mio. kr. Yderligere har regionen modtaget satspuljemidler til understøttelse af de regionale centre for selvmordsforebyggelse. Derfor giver bemærkningen ikke anledning til ændringer i planen.
	4.2	Der er megen fokus på skriftlig kommunikation/epikriser. Vi så gerne, at der også blev fokus på telefonisk kommunikation mellem de forskellige sektorer.	Tages med i det videre arbejde med implementering af anbefalinger i afsnit 4.2
Kvalitetsudvikling i psykologpraksis (Kommentarer til kapitel 5)			
Københavns Kommune, Center for Sundhed		Positivt med et fortsat fokus på udvikling og implementering af en ensartet kvalitet i behandlingen gennem brug af DDKM og kliniske retningslinjer.	
Ballerup Kommune	5.2	- Kvalitetsudvikling - som en der arbejder med DDKM (uden akkreditering) tænker jeg der er gået metode i det. Kan ikke lade være med at tænke at det er små konsultationer / enkeltmandsvirksomheder osv. Det er et kæmpe brød at slå op (man skal oven i købet til at udvikle en ny version) og man må kunne følge kvalitet på en anden og mere databaseret måde. Men det løb er nok desværre kørt!	
PLO-hovedstaden	5.2	Vi har ikke indblik i kvalitetsstandarder i DDKM for psykologpraksis, hvorfor vi ud fra	Implementering af DDKM er

Punkt nr. 17 - Godkendelse af Praksisplan for psykologhjælp 2018-2021

Bilag 3 - Side -13 af 15

		erfaring med egne krav blot vil opfordre til, at kvalitetsarbejdet alene har fokus på kvalitetsudvikling og ikke til unødvendig registrering, som den enkelte psykolog ikke kan se mening med. Unødvendigt administrativt arbejde kan fremprovokere fremskyndet arbejdsophør.	overenskomstbestemt.
	5.3	Vi anbefaler, at der, som der står skrevet, først udføres pilotprojekt mhp. at afdække, hvilke patienter der har gavn af ensartede behandlingsforløb. Det er vores erfaring – ganske vist fra andre kliniske områder – at behandlingstilbud er individuelle, og at standardiserede forløb ikke giver faglig mening, men alene skal ses som faglige guidelines.	Det indgår i den aftalte proces vedr. DDKM, at der udføres pilotprojekter i psykologpraksis inden den egentlige implementering.
Dansk Psykologforeningen	5.3	Det er Dansk Psykolog Forenings opfattelse, at der i stk. 1 skal stå "Formålet med kliniske retningslinjer er at sikre en høj faglig kvalitet", og ikke "Formålet med kliniske retningslinjer er at sikre en ensartet høj faglig kvalitet". Dette på baggrund af, at psykologer arbejder eklektisk i behandlingsforløb, samt at der ikke forefindes krav om ensartethed i POK § 23.	"Ensartet" slettes fra sætningen.
	5.5	Efteruddannelse og kompetenceløft Dansk Psykolog Forening skal i forbindelse med stk. 3 atter bemærke, at der ikke foreligger noget formaliseret samarbejde lige nu, hvorfor en øget dialog og kommunikation skal honoreres.	Det vil være frivilligt for psykologerne at deltage i efteruddannelse, og regionen vil betale undervisningsarrangementerne. Hidtil har mange psykologer deltaget uden honorar i regionale efteruddannelsesarrangementer. Det vurderes, at praksisplanen ikke lægger op til kommunikation, der ligger ud over overenskomsten.
	5.6	Dansk Psykolog Forening opfatter teksten generelt som uklar og på flere steder selvmodsigende. Vi er tillige bekymret for, at man på regionalt plan vil komme at prioritere gruppebehandlinger, for at på sådan vis kunne gennemføre besparelser på bekostning af borgeren. Endelig skal Dansk Psykolog Forening bemærke, at der ikke foreligger nogen som helst forpligtelse for psykologer at tilbyde gruppekonsultationer i POK.	Gruppebehandling er en ydelse i overenskomsten. Praksisplanen kan fastlægge retningslinjer på dette område, i det omfang det ikke strider mod overenskomsten og der er enighed om det i samarbejdsudvalget.

Punkt nr. 17 - Godkendelse af Praksisplan for psykologhjælp 2018-2021

Bilag 3 - Side -14 af 15

			Gruppebehandling benyttes ikke ret meget og er en billigere behandlingsindsats for patienten.
Regionsældrerådet		Kvalitetsudviklingen skal henvise til de internationale målsætninger.	Modellen for kvalitetsudvikling er fastlagt i overenskomst for psykologhjælp.
Regionshandicaprådet		RHR ser med tilfredshed at der nu hos praktiserende psykologer skal fokuseres på at få udbredt kendskabet til indberetningen af utilsigtede hændelser – også blandt patienter og deres pårørende. Disse indberetninger er et af de vigtige elementer for at opnå en høj grad af patientsikkerhed.	
Patientinddragelsesudvalget		Flere steder i dette afsnit omtales Den Danske Kvalitetsmodel, men da den jo er under udfasning – også i praksissektoren – bør det rettelig være De Nationale Mål for Sundhed, hvor skiftet er væk fra proces- og registreringskrav til i højere grad at fokusere på resultater for den enkelte patient, der skal være drivkraften for kvalitetsudviklingen (PRO data). PIU anbefaler, at dette tydeliggøres i afsnittet, samt at det indgår i anbefalingerne s. 38.	Giver ikke anledning til ændringer. Valg af model for kvalitetsudvikling er fastlagt i overenskomst for psykologhjælp.
Øvrige bemærkninger fra høringssvarene			
Patientinddragelsesudvalget	1	PIU anbefaler en ændring til den indledende vision: der bør også være fokus på utilsigtede hændelser - ikke kun deciderede fejl	Det bemærkes at 'fejl' ikke er nævnt i praksisplanens vision. Rapportering af utilsigtede hændelser indgår som et redskab til kvalitetssikring i psykologpraksis, men vurderes ikke relevant at nævne i visionen.
	3.	PIU anbefaler, at der er øget fokus på psykologernes rolle i en tid, hvor der er mangel på psykiatere, f.eks. de nye specialpsykologer. PIU er ikke vidende, om de primært vil blive tilknyttet/ansat på hospitalerne.	Regionen oplever ikke problemer i forhold til rekruttering af psykologer til praksissektoren.
		PIU anerkender, at der generelt i høringsudkastet er medtaget meget, som PIU tidligere har påpeget som vigtige i en praksisplan, og som ligeledes er kernepunkter for PIU såsom inddragelse af patienten/pårørende, sundhedskompetencer (dog her glemt under 4 Boks 7), sammenhængende patientforløb, tilgængelighed og samarbejde med øvrige sundhedsaktører. (Indledningen – visioner for fremtidens psykologhjælp i Region Hovedstaden.) PIU anerkender ligeledes, at inputs fra bl.a. patientrepræsentanter på	

Punkt nr. 17 - Godkendelse af Praksisplan for psykologhjælp 2018-2021

Bilag 3 - Side -15 af 15

		Inspirationsmødet d. 15.11.2016 er genkendelige i afsnit 4.2.	
Ballerup	1 og 4	Visionen er fin og godt med arbejdet omkring indsigt og gennemsigtighed samt det at psykologerne er en del af noget mere / større.	
Københavns Kommune, Center for Sundhed	1.4	Positivt at der er fokus på implementering af praksisplanen. Positivt med opdeling af afsnit med afsluttende anbefalinger i planen.	
Regionshandicaprådet	1, 3.6 og 4	RHR ser denne nye praksisplan som et godt udgangspunkt for at praktiserende psykologer bliver en integreret del af det samlede sundhedsvæsen og ser frem til at borgere med funktionsnedsættelse nu på dette område vil opleve et tværsektorielt samarbejde med fokus på sammenhængende patientforløb og lighed i sundhed.	
Region Midtjylland		Ingen bemærkninger til praksisplanen	
Region Hovedstadens Psykiatri		Ingen bemærkninger til praksisplanen	
Frederiksberg Kommune		Ingen bemærkninger til praksisplanen	

Høring om udkast til
Praksisplan for Psykologhjælp 2018-2021

Opgang B & D
Telefon 3866 6000
Direkte 38665315
Mail csu@regionh.dk

Jnr. 13010196

Dato: 2. maj 2017

Høringsskema - besvaret af

Organisation: Center for Social og Sundhed og
Center for Børn og Unge, Ballerup Kommune
E-mail: vla@balk.dk

Praksisplanens kapitel 3: Kapacitet i psykologpraksis

- Overordnet set er der meget fokus på tilgængelighed og det er fint. Måske kunne man anføre at der er handicapgrupper som har mere specialiserede behov. Døve, udviklingshæmmede osv. som ikke er med (med mindre jeg ikke har fundet det). S. 17 og fremefter

- Kapaciteten ser ud til at matche behov i Ballerup

- Fokus på psykologernes alder - der bør arbejdes for yngre kræfter og måske derfor er der også manglende indberetninger, it-løsninger osv. Det vil være ønskeligt om praksisplanen forholder sig til det fordi det er lettere at arbejde med spejling og psykologiske begreber når også alder og match er et element i det.

Praksisplanens kapitel 4: Psykologpraksis i det sammenhængende sundhedsvæsen

- pkt. 4.2.3 omkring samarbejde med kommunen / arbejdsmarked. Det skal styrkes og have mere fokus. Den rehabiliterende indsats og "herre i eget liv", recovery skal have mere fylde i psykologernes virke i samspillet med praktiserende læge.

Trekanten praktiserende læge, psykolog og kommune / arbejdsmarked skal konstant være i fokus. Måske bærer planen præg af at være relateret til det øvrige sundhedsvæsen!

Netop psykologernes rolle i mental sundhed skal vægtes i arbejdet med at borgere får mere greb om livet – arbejdsmarkedskrav osv.

Praksisplanens kapitel 5: Kvalitetsudvikling i psykologpraksis

- Kvalitetsudvikling - som en der arbejder med DDKM (uden akkreditering) tænker jeg der er gået metode i det. Kan ikke lade være med at tænke at det er små konsultationer / enkeltmandsvirksomheder osv.

Det er et kæmpe brød at slå op (man skal oven i købet til at udvikle en ny version) og man må kunne følge kvalitet på en anden og mere databaseret måde. Men det løb er nok desværre kørt!

Øvrige kommentarer til praksisplanen:

- Visionen er fin og godt med arbejdet omkring indsigt og gennemsigtighed samt det at psykologerne er en del af noget mere / større.

Høring om udkast til
Praksisplan for Psykologhjælp 2018-2021

Opgang B & D
Telefon 3866 6000
Direkte 38665315
Mail csu@regionh.dk

Jnr. 13010196

Dato: 2. maj 2017

Høringsskema - besvaret af

Organisation:

Københavns

Kommune, Tina

Stoltzner Gram,

Center for Sund-
hed

E-mail:

fxsz@suf.kk.dk

Praksisplanens kapitel 3: Kapacitet i psykologpraksis

- Det bemærkes, at Brønshøj-Husum har regionens dårligste dækning af psykologer.
- *Vedr. pkt. 3.3 - Forbrug og produktion af psykologbehandling:* Sundheds- og Omsorgsforvaltningen løfter en større opgave i forbindelse med oprettelse af stressklinikker, som bl.a. er med til at dæmme op for mere alvorlige symptomer som angst og depression fremadrettet.
- Udover at være optager af psykologer på stressklinikker, anvender Sundheds- og Omsorgsforvaltningen også psykologer til indsatsen "Ung i forandring" til unge på ungdomsuddannelser og unge ledige. Det skal derfor overvejes, om der i fremtiden vil mangle psykologer i dele af planområde Byen og Syd.

Praksisplanens kapitel 4: Psykologpraksis i det sammenhængende sundhedsvæsen

- Positivt med en praksisplan, som også har fokus på udvikling af samarbejde og sammenhæng mellem sektorerne.
- *Vedr. afsnit 4.2.2 – Samarbejde og kommunikation..:* Sundheds- og Omsorgsforvaltning finder, at anbefalingen om at undersøge muligheden for at praktiserende psykologer og psykiatere kan foretage indledende test af børn og unge er interessant.
- *Vedr. afsnit 4.2.3 – Samarbejde og kommunikation med kommuner:* Sundheds- og Omsorgsforvaltning er enig i anbefalingen om, at undersøge muligheden for øget samarbejde og kommunikation mellem kommuner og psykologpraksis afdækkes, og at der på sigt også udvikles et øget samarbejde og kommunikation mellem parterne.

Praksisplanens kapitel 5: Kvalitetsudvikling i psykologpraksis

- *Vedr. afsnit 5 – Kvalitetsudvikling:* Positivt med et fortsat fokus på udvikling og implementering af en ensartet kvalitet i behandlingen gennem brug af DDKM og kliniske retningslinjer.

Øvrige kommentarer til praksisplanen:

- *Vedr. 1.4 - Implementering:* Positivt at der er fokus på implementering af praksisplanen.
- Positivt med opdeling af afsnit med afsluttende anbefalinger i planen.

Tak for at Københavns Kommune har mulighed for at udarbejde høringssvar for Praksisplan for psykologhjælp 2018-2021.

Høring om udkast til
Praksisplan for Psykologhjælp 2018-2021

Opgang B & D
Telefon 3866 6000
Direkte 38665315
Mail csu@regionh.dk

Jnr. 13010196

Dato: 2. maj 2017

Høringsskema - besvaret af

Organisation: Kø-
benhavns Kom-
mune, Socialfor-
valtningen
E-mail:
gz8a@sof.kk.dk

Praksisplanens kapitel 3: Kapacitet i psykologpraksis

Socialforvaltningen tilslutter sig praksisplanens fokus på god tilgængelighed i psykologpraksis for borgere med funktionsnedsættelser og opdateret information om den fysiske tilgængelighed i den enkelte praksis.

Praksisplanens kapitel 4: Psykologpraksis i det sammenhængende sundhedsvæsen

Socialforvaltningen tilslutter sig praksisplanens anbefalinger vedr. styrkelse af det sammenhængende patientforløb, herunder samarbejde og kommunikation med behandlere om fælles patienter. Socialforvaltningen tilslutter sig yderligere anbefalingerne omkring styrkelse af patienten som medbestemmende i eget patientforløb, og anbefalingen om, at potentialet for kommunikation og samarbejde mellem psykologpraksis og kommune afdækkes.

Praksisplanens kapitel 5: Kvalitetsudvikling i psykologpraksis

Øvrige kommentarer til praksisplanen:

Høring om udkast til
Praksisplan for Psykologhjælp 2018-2021

Opgang B & D
Telefon 3866 6000
Direkte 38665315
Mail csu@regionh.dk

Jnr. 13010196

Dato: 2. maj 2017

Høringsskema – besvaret af Gitte Hansen

Organisation: Handicap og Psykiatricenter, Tårnby Kommune

E-mail: gih.as@taarnby.dk

Praksisplanens kapitel 3: Kapacitet i psykologpraksis

For at sikre og understøtte særligt udsatte borgere fortsat kan mestre deres sygdom, bør det overvejes, at målgruppen for borgere, der er berettiget til tilskud til psykolog behandling udvides til også at omfatte de borgere/sindslidende der afsluttes fra behandling i Psykiatrisk regi til egen praktiserende læge, således, at den gruppe får et mere helhedsorienteret tilbud.

Praksisplanens kapitel 4: Psykologpraksis i det sammenhængende sundhedsvæsen

For at sikre borgere et sammenhængende og rehabiliterende forløb anbefales at potentialet for kommunikation og samarbejde mellem psykologer og kommuner styrkes, eksempelvis ved samarbejds/netværkmøder.

Praksisplanens kapitel 5: Kvalitetsudvikling i psykologpraksis

Ingen bemærkninger

Øvrige kommentarer til praksisplanen:

Ingen bemærkninger.

Høring om udkast til
Praksisplan for Psykologhjælp 2018-2021

Opgang B & D
Telefon 3866 6000
Direkte 38665315
Mail csu@regionh.dk

Jnr. 13010196

Dato: 2. maj 2017

Høringsskema - besvaret af

Organisation:

PLO-Hovedstaden

E-mail:

post.hpl@DADL.DK

Praksisplanens kapitel 3: Kapacitet i psykologpraksis

Pkt. 3.2.3: Vi bifalder, at ventetid inddrages som selvstændig faktor til vurdering af kapacitet, idet vi ved, at prognosen for helbredelse af mange af de tilstande, som vi henviser patienter til psykolog med, er afhængig af den tid, der går, før patienten kommer i behandling. I visse planområder kan der være op til ½ års ventetid på at komme i behandling på henvisning – mens ventetiden er 1-2 uger, hvis patienten har privatforsikring.

Praksisplanens kapitel 4: Psykologpraksis i det sammenhængende sundhedsvæsen

Pkt. 4.2. I et sammenhængende sundhedsvæsen er kommunikation mellem behandlere helt essentiel. Aftalen om start- og slutbrev fra psykolog til egen læge er en vigtig del af det fælles ansvar for patientbehandling.

Vedrørende ønske om fælles undervisning for almen praksis og psykologer kan det ikke forventes, at praktiserende læger deltager i fælles undervisning uden forudgående aftaler. Det kan kun blive aktuelt i det omfang, der indgås aftaler med almen praksis, hvor dels det faglige indhold og udbytte skal vurderes; dels kan der være lokale behov og forhold, som kan have betydning for, hvad der kan optimeres i samarbejdet.

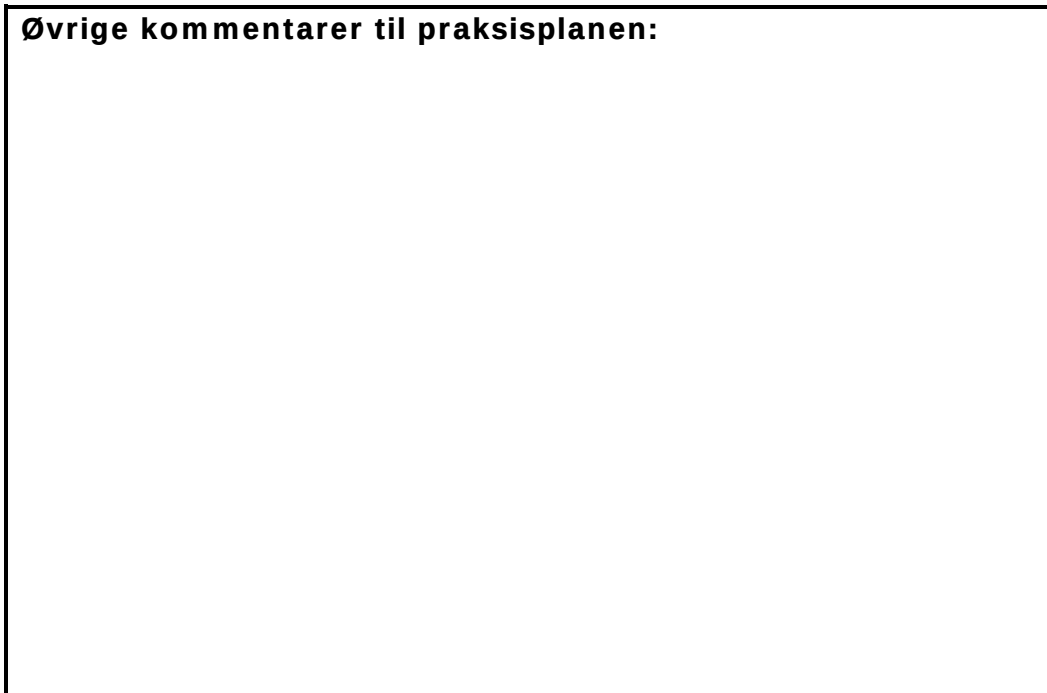
Praksisplanens kapitel 5: Kvalitetsudvikling i psykologpraksis

Pkt. 5.2: Vi har ikke indblik i kvalitetsstandarder i DDKM for psykologpraksis, hvorfor vi ud fra erfaring med egne krav blot vil opfordre til, at kvalitetsarbejdet alene har fokus på kvalitetsudvikling og ikke til unødvendig registrering, som den enkelte psykolog ikke kan se mening med. Unødvendigt administrativt arbejde kan fremprovokere fremskyndet arbejdsophør.

Pkt. 5.3: Vi anbefaler, at der, som der står skrevet, først udføres pilotprojekt mhp. at afdække, hvilke patienter der har gavn af ensartede behandlingsforløb. Det er vores erfaring – ganske vist fra andre kliniske områder – at behandlingstilbud er individuelle, og at standardiserede forløb ikke giver faglig mening, men alene skal ses som faglige guidelines.



Øvrige kommentarer til praksisplanen:



Høring om udkast til
Praksisplan for Psykologhjælp 2018-2021

Opgang B & D
Telefon 3866 6000
Direkte 38665315
Mail csu@regionh.dk

Jnr. 13010196

Dato: 2. maj 2017

Høringsskema - besvaret af

Organisation:

Dansk Psykolog

Forening

E-

mail: cbp@dp.dk

dp@dp.dk

Praksisplanens kapitel 3: Kapacitet i psykologpraksis

3.2.3 Flytning af praksis

Stk. 1: Dansk Psykolog Forening er bekymret for formuleringen i stk. 1: ”vurderes ansøgningerne *alene* i forhold til praksislokalernes tilgængelighed for personer med funktionsnedsættelse”. Det er vores opfattelse, at der skal være en samtidighed af vurderingsgrundlaget i Overenskomst om Psykologhjælp af juli 2016 (herefter ”POK”) § 19, stk. 1 samt stk. 2, og at man derfor ikke alene kan henholde sig til handicaptilgængelighed.

Stk. 2: Dansk Psykolog Forening er endvidere bekymret for formuleringen i stk. 2: ”Det kan vægte positivt, hvis psykologen flytter til et praksisfællesskab eller sundhedshus med andre faggrupper”. Igen må der ske en samtidig vurdering af de forskellige overenskomstrelaterede flyttekriterier i POK § 19. Vi ser også en risiko for, at den økonomiske faktor, i forbindelse med flytning til f.eks. sundhedshus, vil være afgørende på den vis, at psykologer med højere indtjening, vil have en fordel, idet det ofte er dyrere at etablere sig i sundhedshuse end i almindelig klinik.

3.3.1 Henvisningsgrupper i psykologpraksis

Rettelse: Stk. 1. ”let til moderat OCD” skal ændres til ”let til moderat angst”.

Rettelse: Tabel 6. ”let til moderat ODC” skal ændres til ”let til moderat angst”.

3.4 Praksisformer i psykologpraksis

Dansk Psykolog Forening skal bemærke, at praksisformer i psykologpraksis reguleres i POK §8.

Boks 4: Praksisfællesskaber: Det er Dansk Psykolog Forenings vurdering, at denne tekst fremstår som mere rettet mod læger end psykologer og vi ønsker derfor at teksten tilpasses psykologer. Vi ønsker derfor slettet følgende: sidste sætning i stk. 1, ”faglig videreuddannelse” i stk. 2 samt hele stk. 3, stk. 4 og stk. 5. Vi ønsker endvidere ændre ordet ”vil” i stk. 2 til ordet ”kan”.

Stk. 4 Om placering i praksisfællesskab: Dansk Psykolog Forening skal bemærke, at målet om at øge andelen af praksisfællesskaber alene er regionens mål. Vi skal endvidere understrege, at det primære i forhold til flytninger er kriterierne i POK § 19, stk. 1, stk. 2 samt stk. 3. Der skal ikke fra regionens side indsættes kriterier som går forud for indholdet i POK.

3.6.1 God Adgang tilgængelighedsmærkning

Dansk Psykolog Forening har bemærket, at regionens tilgængelighedsmærkning ”God adgang” kun er blevet tilbudt i perioden 2014-2017, og det kun er i alt 7 psykologpraksis, som er blevet mærket med ”God adgang”. Vi skal videre bemærke, at tilgængelighedsmærkningen ikke er forankret i POK.

3.6.2 Telefonisk tilgængelighed

Tabel 10: Dansk Psykolog Forening undrer sig over oplysningerne i tabellen, og skal spørge hvorvidt oplysningerne er trukket fra sundhed.dk. Såfremt dette er tilfældet, er det vores vurdering, at resultatet ville være anderledes såfremt regionen havde henvendt sig direkte til de forskellige psykologpraksis.

Anbefalinger vedr. tilgængelighed til psykologpraksis: Det er Dansk Psykolog Forenings opfattelse, at punkt 4 og 5 slettes, idet det ikke er POK-reguleret.

Praksisplanens kapitel 4: Psykologpraksis i det sammenhængende sundhedsvæsen

Stk. 2: Det er Dansk Psykolog Forenings opfattelse, at ordet ”forpligtende” skal slettes.

4.1.1 Aktivt samarbejde med patienten om eget behandlingsforløb

Det er Dansk Psykolog Forenings opfattelse, at indholdet er relateret til lægeområdet, og foreslår derfor at teksten erstattes med følgende:

” Aktivt samarbejde med patienten tager udgangspunkt i Dansk Psykolog Forenings ”Principerklæring om evidensbaseret psykologisk praksis” fra 2012, hvori det beskrives, at psykologiske ydelser er mest effektive, når de er tilpasset patientens kulturelle kontekst og individuelle forhold, hvormed menes patientens specifikke problemer, kompetencer, personlighed, funktionsniveau, sociokulturelle miljø og personlige præferencer. Evidensbaseret psykologisk praksis defineres som en praksis, der integrerer den bedste forskning med psykologisk ekspertise, set i sammenhæng med patientens individuelle træk, kultur og præferencer. Patientens udvikling skal fortløbende evalueres og justeres sammen med denne, ligesom valget af metode og andre interventioner i videst muligt omfang skal træffes i samarbejde med patienten.”

4.1.3 Patientrapportering af utilsigtede hændelser

Dansk Psykolog Forening skal bede regionen om, at eksemplificere hvad utilsigtede hændelser i psykologpraksis er.

4.2.1 Samarbejde og kommunikation med almen praksis

Dansk Psykolog Forening bemærker, at den kommunikation som skal foregå mellem psykolog og almen praksis er reguleret i POK §1, stk. 3. Såfremt der skal indføres en øget kommunikation udover den overenskomstregulerede, herunder f.eks. indførelse af korrespondancemeddelelser, skal dette honoreres.

4.2.1 Korrespondancebrev

Dansk Psykolog Forening skal atter bemærke, at den kommunikation som skal foregå mellem psykolog og almen praksis er reguleret i POK §1, stk. 3, og at al øvrig kommunikation udover den overenskomstregulerede, skal honoreres.

4.2.2 Samarbejde og kommunikation med speciallægepraksis samt børne- og ungdomspsykiatri og psykiatrien

Dansk Psykolog Forening skal bemærke, at udførelse af test ikke er overenskomstreguleret, og skal derfor honoreres særskilt. Vi er enige om, at der foreligger evt. mulighed for lokalaftaleregulering på området, men såfremt eventuel lokalaftale skal indgås,

er det en forudsætning, at aftalen finansieres separat fra overenskomstpuljen, og at den i øvrigt ikke er overenskomststridig.

4.2.4 Samarbejde og kommunikation med hospitaler

Dansk Psykolog Forening bemærker, at det aldrig har forekommet, at man som psykolog modtager epikriser fra klienters egen læge.

Praksisplanens kapitel 5: Kvalitetsudvikling i psykologpraksis

5.3 Implementering af kliniske retningslinjer i psykologpraksis

Det er Dansk Psykolog Forenings opfattelse, at der i stk. 1 skal stå "Formålet med kliniske retningslinjer er at sikre en høj faglig kvalitet", og ikke "Formålet med kliniske retningslinjer er at sikre en *ensartet* høj faglig kvalitet". Dette på baggrund af, at psykologer arbejder eklektisk i behandlingsforløb, samt at der ikke forefindes krav om ensartethed i POK §23.

5.5 Efteruddannelse og kompetenceløft

Dansk Psykolog Forening skal i forbindelse med stk. 3 atter bemærke, at der ikke foreligger noget formaliseret samarbejde lige nu, hvorfor en øget dialog og kommunikation skal honoreres.

5.6 Gruppebehandling

Dansk Psykolog Forening opfatter teksten generelt som uklar og på flere steder selvmodsigende.

Vi er tillige bekymret for, at man på regionalt plan vil komme at prioritere gruppebehandlinger, for at på sådan vis kunne gennemføre besparelser på bekostning af borgeren.

Endelig skal Dansk Psykolog Forening bemærke, at der ikke foreligger nogen som helst forpligtelse for psykologer at tilbyde gruppekonsultationer i POK.

Øvrige kommentarer til praksisplanen: -

Høring om udkast til
Praksisplan for Psykologhjælp 2018-2021

Opgang B & D
Telefon 3866 6000
Direkte 38665315
Mail csu@regionh.dk

Jnr. 13010196

Dato: 2. maj 2017

Høringsskema - besvaret af

Organisation: Regionsældreråd Hovedstaden
E-mail: bentjohansen@me.com

Praksisplanens kapitel 3: Kapacitet i psykologpraksis

Regionsældreråd Hovedstaden tilslutter sig praksisplanens bestemmelser vedrørende tilgængelighed.

Der bør i lighed med eksempelvis reglerne for almen læge og speciallæge praksis gives mulighed for akut hjælp.

Ventetiden for psykologhjælp er urimelig lang, hvilket Regionsrådet og den faglige organisation må indlede et samarbejde om at få nedbragt.

Der bør gives mulighed for hurtigere indsats i relation til depression og angst.

Praksisplanens kapitel 4: Psykologpraksis i det sammenhængende sundhedsvæsen

Praksisplanens kapitel 5: Kvalitetsudvikling i psykologpraksis

Kvalitetsudviklingen skal henvise til de internationale målsætninger.

Øvrige kommentarer til praksisplanen:

Høring om udkast til
Praksisplan for Psykologhjælp 2018-2021

Opgang B & D
Telefon 3866 6000
Direkte 38665315
Mail csu@regionh.dk

Jnr. 13010196

Dato: 2. maj 2017

Høringsskema - besvaret af

Organisation: Regionshåndicaprådet (RHR)
E-mail: lj@dbc.dk

Praksisplanens kapitel 3: Kapacitet i psykologpraksis

Borgere med funktionsnedsættelse har ofte også mobilitetsvanskeligheder, og derfor spiller afstand til et givent sundhedstilbud en central rolle for borgerens mulighed for at benytte sig af tilbuddet. Derfor ser RHR med tilfredshed at en af målsætningerne i denne praksisplan netop er at understøtte lighed i sundhed gennem en hensigtsmæssig geografisk fordeling af de praktiserende psykologer.

Afsnit 3.6. Tilgængelighed i psykologpraksis: det er et godt gennemarbejdet afsnit. Det er positivt at der nu er enighed mellem parterne om at fokusere på forbedring af tilgængeligheden samtidigt med at borgernes muligheder for at kunne finde oplysningerne om tilgængeligheden også prioriteres. Da tallene i tabel 7 med al tydelighed viser at der er grundlag for tilgængelighedsmæssige forbedringer i psykologpraksis, vil RHR anbefale at der sker en styrket indsats på dette område bl.a. i form af en øget profilering af God Adgang mærkningsordningen.

RHR vil gerne benytte lejligheden til at understøtte vigtigheden af at praksisdeklarationerne på sundhed.dk også bliver holdt opdaterede. Uden opdaterede praksisdeklarationer får personer med funktionsnedsættelse endnu vanskeligere ved blive orienteret om tilgængeligheden i den enkelte psykologpraksis.

Praksisplanens kapitel 4: Psykologpraksis i det sammenhængende sundhedsvæsen

For RHR er det naturligvis vigtigt at der sikres gode overgange mellem psykologpraksis og øvrige aktører på sundhedsområdet. Samtidigt er det vigtigt at patienterne indgår som aktiv samarbejdspart i et behandlingsforløb hvor patientens viden og ønsker drages i spil. Dette forudsætter RHR sker under hensyntagen til den enkeltes egen formåen, ressourcer og livssituation.

Da borgere med funktionsnedsættelse ofte er i kontakt med flere / mange aktører i sundhedsvæsenet på samme tid, er det vigtigt at også praktiserende psykologer indgår i flere forskellige samarbejdsrelationer. Det kan være samarbejde med borgerens hjemkommune, med borgerens egen læge osv. Uden disse samarbejdsrelationer vil, borgeren ikke opleve en sammenhæng i eget forløb.

Det er af stor vigtighed for RHR at der i denne planperiode sættes fokus på at styrke kommunikationen mellem praktiserende psykologer og praktiserende speciallæger. For at undgå den unødige ventetid, børn og unge oplever for at få igangsat en behandling hos en psykiater, er det vigtigt at praktiserende psykologer nu inddrages og bidrager til psykologiske undersøgelser af børn og unge. RHR ser derfor frem til at der nu indgås de nødvendige lokalaftaler på dette område.

Praksisplanens kapitel 5: Kvalitetsudvikling i psykologpraksis

RHR ser med tilfredshed at der nu hos praktiserende psykologer skal fokuseres på at få udbredt kendskabet til indberetningen af utilsigtede hændelser – også blandt patienter og deres pårørende. Disse indberetning er et af de vigtige elementer for at opnå en høj grad af patientsikkerhed.

Øvrige kommentarer til praksisplanen:

RHR ser denne nye praksisplan som et godt udgangspunkt for at praktiserende psykologer bliver en integreret del af det samlede sundhedsvæsen og ser frem til at borgere med funktionsnedsættelse nu på dette område vil opleve et tværsektorielt samarbejde med fokus på sammenhængende patientforløb og lighed i sundhed.

Høring om udkast til
Praksisplan for Psykologhjælp 2018-2021

Opgang B & D
Telefon 3866 6000
Direkte 38665315
Mail csu@regionh.dk

Jnr. 13010196

Dato: 27. juni 2017

Høringsskema - besvaret af

Organisation: Patientinddragelsesudvalget i Region Hovedstaden

E-mail: Lone.holm@regionh.dk

Praksisplanens kapitel 3: Kapacitet i psykologpraksis

3.2.3. Vurdering og fordeling af psykologkapacitet i Regionen

Side 16. PIU kan understøtte, at ventetid til behandling bliver så kort som mulig.

Side 17. PIU kan understøtte, at det vægtes positivt, hvis psykologen flytter til et praksisfællesskab eller sundhedshus med andre behandlergrupper.

3.3. Forbrug og produktion af psykologbehandling

Side 18 sidste afsnit:

De to grupper, der modtager flest og næstflest ydelser med tilskud er grupperne 10 og 11.

PIU undrer sig derfor over, at der ifølge overenskomsten maximalt må omsættes for 260.000 kr. årligt for disse 2 grupper. Hvis patienter med moderat depression eller moderat OCD henvises til psykologhjælp med tilskud, kan ventetiden ifølge psykologernes hjemmesider være 6 til 8 uger, i nogle tilfælde helt op til 24 uger, selv om der ville være plads, hvis patienten betalte selv.

PIU bemærker, at nye undersøgelser viser, at angst er skyld i, at 1.026 danskere måtte førtidspensioneres i 2016. Der er tale om en stigning på 51 procent

fra 678 tilfælde af angst-begrundede førtidspensioner i 2013. De nye tilkendelser af førtidspensioner på grund af angst kostede alene sidste år samfundet 3,4 milliarder kroner i produktionstab – en stigning på 910 millioner kroner i forhold til 2013, har Dansk Psykolog Forening beregnet. I beregningen indgår tabet af det arbejde, de førtidspensionerede kunne have udført frem til pensionsalderen, hvis de var blevet på arbejdsmarkedet.

Udgiften kunne for en stor dels vedkommende formentlig være undgået, hvis man i tide havde sat ind med den rette behandling, da angst er en forholdsvis ukompliceret lidelse, som kan behandles effektivt, hvis den bliver taget i opløbet.¹

PIU bemærker, at patienter kan få tilskud til psykologhjælp mod depression uanset alder, men kun til hjælp mod angst, hvis man er mellem 18 og 38 år.

PIU påpeger ud fra ovenstående, at det her halter med den lige adgang til ydelse, samt at aldersdiskriminering og egenbetaling skaber ulighed i sundhed.

Boks 5 side 22 Overenskomstens bestemmelser over fysisk tilgængelighed.

PIU finder det positivt, at Region Hovedstaden tilbyder alle praktiserende behandlere med ydernummer i regionen at blive tilgængelighedsmærkede med mærkeordningen "God Adgang", idet denne ordning ikke kun fokuserer på funktionsnedsættelse, men også på andre handicap som f. eks. allergi eller synsnedsættelse.

3.5 Alder og køn

PIU finder det bekymrende, at der indenfor en kort tidshorisont kommer til at ske en stor udskiftning i psykologgruppen pga. alder, og at der tilsyneladende ikke gøres nogen betragtning om dette problem og rekruttering i teksten.

3.6.1. Tilgængelighed for personer med funktionsnedsættelse

PIU ønsker at henlede opmærksomheden på fremmedsprogstolkning.

Ud fra undersøgelsen refereret i Ugeskrift for læger, <http://ugeskriftet.dk/videnskab/effekt-af-brug-af-tolk-i-psykoterapi> er der mulige specielle relationelle hensyn, der også skal iagttages i psykologpraksis.

¹ DenOffentlige d.22.05.17 bragt af Ugebrevet A4

PIU gør opmærksom på handicappede/patienter med kommunikationsvanskeligheder. Her ønsker vi også at nævne, at der desuden skal tages højde for patientens/pårørendes sundhedskompetencer.

3.6.2 Der er megen fokus på skriftlig kommunikation/epikriser. PIU ser gerne, at der også blev fokus på telefonisk kommunikation mellem de forskellige sektorer.

Praksisplanens kapitel 4: Psykologpraksis i det sammenhængende sundhedsvæsen

PIU kan henvise til det notat om aktivt samarbejde med patienter og pårørende, som blev udarbejdet af arbejdsgruppen under sundhedsaftalen, som flere PIU-medlemmer deltog i. Se link til rapport:

https://www.regionh.dk/Sundhedsaftale/bilag-og-download/Documents/Rapport_aktivt%20samarbejde_august2016.pdf

Boks. 7 side 29-39 Værdier i Region Hovedstadens politik for patient og brugerinddragelse.

PIU anbefaler, at der under **anbefalinger** side 30 tilføjes et ekstra:

- At der som ovenfor beskrevet tages udgangspunkt i patientens livssituation og sundhedskompetencer.

Anbefalinger side 34

PIU finder det vigtigt, at samarbejdet mellem praktiserende psykiatere og psykologer udvikles, således som det er foreslået.

Side 35. Her beskrives, hvordan psykologen kan motivere en selvmordstruet patient til at henvende sig på psykiatrisk skadestue. Hvis patienten indlægges og ved udskrivelsen ønsker det, kan egen læge sende epikrisen til psykologen.

I dag udskrives selv en selvmordstruet person ofte hurtigt.

PIU anbefaler, at der er en mulighed for en tilbagehenvielse til psykologen eller i det hele taget en mulighed for en eller anden form for opfølgning, hvor der ikke skal ventes unødigt.

Praksisplanens kapitel 5: Kvalitetsudvikling i psykologpraksis

Flere steder i dette afsnit omtales Den Danske Kvalitetsmodel, men da den jo er under udfasning – også i praksissektoren – bør det rettelig være De Nationale Mål for Sundhed, hvor skiftet er væk fra proces- og registreringskrav til i højere grad at fokusere på resultater for den enkelte patient, der skal være drivkraften for kvalitetsudviklingen (PRO data).

PIU anbefaler, at dette tydeliggøres i afsnittet, samt at det indgår i anbefalingerne s. 38.

7. Praksiskonsulentens rolle i kvalitetsudviklingen s. 40.

PIU har bemærket, at Indholdsfortegnelsen ikke omfatter dette afsnit, og at det i teksten er indskudt før afsnit 6.

Øvrige kommentarer til praksisplanen:

PIU anerkender, at der generelt i høringsudkastet er medtaget meget, som PIU tidligere har påpeget som vigtige i en praksisplan, og som ligeledes er kernepunkter for PIU såsom inddragelse af patienten/pårørende, sundhedskompetencer (dog her glemt under 4 Boks 7), sammenhængende patientforløb, tilgængelighed og samarbejde med øvrige sundhedsaktører. (**Indledningen** – visioner for fremtidens psykologhjælp i Region Hovedstaden.)

PIU anerkender ligeledes, at inputs fra bl.a. patientrepræsentanter på Inspirationsmødet d. 15.11.2016 er genkendelige i afsnit 4.2.

PIU anbefaler en ændring til den indledende vision: der bør også være fokus på utilsigtede hændelser - ikke kun deciderede fejl.

PIU anbefaler, at der er øget fokus på psykologernes rolle i en tid, hvor der er

mangel på psykiatere, f.eks. de nye specialpsykologer. PIU er ikke vidende, om de primært vil blive tilknyttet/ansat på hospitalerne.

- Der er megen fokus på skriftlig kommunikation/epikriser. Vi så gerne, at der også blev fokus på telefonisk kommunikation mellem de forskellige sektorer.
- Handicappede/patienter med kommunikationsvanskeligheder. OBS: ift tilgængelighed og sundhedskompetence

Høring om udkast til
Praksisplan for Psykologhjælp 2018-2021

Opgang B & D
Telefon 3866 6000
Direkte 38665315
Mail csu@regionh.dk

Jnr. 13010196

Dato: 2. maj 2017

Høringsskema - besvaret af

Organisation: SFR psykiatri Jonas Meile, KAP-H psykiatrikonsulenter
E-mail: jonasmeile@dadlnet.dk

Praksisplanens kapitel 3: Kapacitet i psykologpraksis

Der er 256 kapaciteter til praktiserende psykologer i Region Hovedstaden.

Praktiserende læger oplever at der kan være meget lang ventetid på psykologbehandling, ikke kun for pkt 10 og 11 (angst – depression).

-Det er positivt at praksisplanen lægger op til at der fra 1.1.18 skal være en minimumsafregning på 100000,- per kapacitet.

-Vi imødeser at man i planperioden arbejder målrettet på at udvikle metoder til at bruge ventetid som faktor for vurdering af behandlingskapacitet.

Praksisplanens kapitel 4: Psykologpraksis i det sammenhængende sundhedsvæsen

4.2 Samarbejde og kommunikation med det øvrige sundhedsvæsen.

4.2.1 Samarbejde og kommunikation med almen praksis.

Generelt er det positivt med initiativer til forbedret samarbejde mellem praktiserende psykologer og praktiserende læger.

Startbrev, epikriser og korrespondancemeddelelser er væsentlige kommunikationsmidler. Det er godt at der lægges op til at arbejde både med at startbreve og epikriser bliver benyttet og med at øge kvaliteten af epikriser.

Tiltag der kan bidrage til at øge kendskabet til hinanden, og et tættere fagligt samarbejde vurderes vigtige. Det kan være afholdelse af fælles faglige møder for praktiserende læger og psykologer, evt i lokale 'klynger'.

Tiltag der styrker collaborative care bør understøttes.

Bedre lokalt kendskab til hinanden vil kunne øge mulighed for udvikling af større samarbejde hvor læge og psykolog kan fungere som et koordineret behandlerteam for patienten, og derved øge kvaliteten i behandlingen.

“Der er kommet en ny ydelse i overenskomsten, hvorved 1. og 2. konsultation uden efterfølgende forløb (fejlhenvvisning) registreres. Der vil således kunne følges op på omfanget af fejlhenvvisninger. “

Det er ikke retvisende at kalde det ”fejlhenvvisning”. Patienten kunne have fået det bedre i de 2-3 måneders ventetid på psykolog eller der kunne være uenighed om diagnosen: fx lægen mener patienten har en depression mens psykologen ikkemener det. Hvem har så stillet den rigtige diagnose?

Hvis psykologer selv stiller diagnoser hvorfor skal vi så henvise?

Psykologen skal uanset hvad afslutte et forløb hvor patienten ikke har behandlingsbehov mere.

Praksisplanens kapitel 5: Kvalitetsudvikling i psykologpraksis

Ingen kommentarer.

Øvrige kommentarer til praksisplanen:



Notat vedr. Røde Kors Omsorgscenter, oktober 2017

Resume

Dette notat beskriver Røde Kors Hovedstadens forslag om at forankre Røde Kors Omsorgscenter som et sundhedstilbud i Region Hovedstaden. Hermed vil Omsorgscentret også i fremtiden kunne opfylde nyudskrevne hjemløse borgeres behov for pleje, restitution og hvile. De er færdigbehandlede, men ikke raske og har derfor behov for fortsat sundhedsfaglig indsats. En partnerskabsaftale mellem Region Hovedstaden og Røde Kors Hovedstaden vil betyde, at Omsorgscentret kan fortsætte sit såvel sundheds- som socialfaglige arbejde samt sikre, at centret også i fremtiden kan bygge på en høj grad af frivillig involvering. Omsorgscentret som et regionalt forankret sundhedstilbud matcher Sundhedsaftalens mål om at etablere samarbejde med frivillige foreninger om at sikre lettere adgang til opfølgende pleje og behandlingsindsatser efter udskrivelse fra hospital for udsatte borgere. Det årlige budget for Røde Kors Hovedstadens fortsatte drift af Omsorgscentret estimeres at være på kr. 2.097.616.

Baggrund

Hjemløse personer har generelt en større sygdomsforekomst end andre grupper. Disse sygdomme er oftest forårsaget af misbrug, dårlige levevilkår, manglende behandling af alment forekommende sygdomme og nedsat helbredsfunction. Blandt hjemløse er der en generel tendens til, at der ikke følges op på behandlinger eller ikke søges lægehjælp, hvor dette ellers er tiltrængt. I sundhedssystemet er hjemløse en svag gruppering, der ofte ikke opnår sufficient behandling og pleje, ikke kan udskrives til adækvate forhold og generelt en gruppe, der risikerer at falde igennem sikkerhedsnettet og ikke modtage den behandling de har behov for.

Grundet accelererede behandlingsforløb med korte ophold på hospitalet, bliver socialt udsatte borgere udskrevet til gaden eller til uholdbar situation i eget hjem, herberger, forsorgshjem eller lignende. Røde Kors Hovedstaden har derfor etableret et center med otte akutte omsorgspladser til denne målgruppe, hvor borgerne kan opholde sig i op til to uger. Frivilligt arbejde er et centralt element i centret, hvor borgerne kan modtage omsorg, socialt samvær, hvile, hjælp til medicinadministration, mindre sårpleje, samt sund og tilstrækkelig ernæring. Derudover tilbydes socialrådgivning og støtte ift. deres sociale udfordringer. Målgruppen er socialt udsatte voksne, der bliver udskrevet fra hospitaler i hovedstadsregionen efter afsluttet hospitalsbehandling, men som endnu ikke er raske.

Målgruppen har stadig behov for yderligere hvile, vejledning, ernæring og omsorg mv. ved udskrivningstidspunktet. Der er typisk tale om hjemløse, eller funktionelt hjemløse, der ikke kan tage ophold i eget hjem efter hospitalsopholdet, givet de behov for pleje og omsorg de stadig har. Mange af disse mennesker har et massivt stof- eller alkoholmisbrug. Endelig har målgruppen vanskeligt ved at forblive på hospitalet og har ofte en adfærd, der gør de øvrige patienter utrygge. Centret giver disse mennesker den nødvendige sygepleje og omsorg og hjælper dem videre ift. at løse nogle af deres sociale udfordringer ved fx at tilbyde socialrådgivning fra professionelt fagpersonale. Centret er dermed med til at skabe en bedre helbredsrelateret livskvalitet for borgerne efter deres hospitalsudskrivelse. Således understøtter centret mulighed for skadereduktion hos målgruppen, samt giver dem muligheden for at ændre deres livssituation umiddelbart efter hospitalsudskrivelsen.

Punkt nr. 18 - Samarbejde med Røde Kors om videreførelse af Omsorgscenter i Thorsgade

Bilag 1 - Side -2 af 10



Effekterne af indsatsen undersøges på såvel borger som samfundsøkonomisk niveau gennem forskningsprojektet 'Bridge Copenhagen – respite care for homeless people', som gennemføres under ledelse af professor og forskningsleder Ove Andersen fra Klinisk Forskningscenter på Amager og Hvidovre Hospitaler. Resultaterne fra forskningsprojektet forventes at foreligge primo 2018.

Centret er placeret i Arbejde Adlers Hus på Thorsgade, Nørrebro i København. Centret er bemandet af såvel lønnede medarbejdere som frivillige.

Omsorgscentret er i perioden 2014-2017 finansieret via en satspulje-bevilling. Fra 1. januar 2018 foreslås Omsorgscentret forankret i Region Hovedstaden som et sundhedstilbud, hvilket uddybes i dette notat. Notatet består af fem dele:

- 1) Begrundelser for forslag om forankring som regionalt tilbud
- 2) Begrundelser for forslag om forankring som et sundhedstilbud
- 3) Overvejelser vedr. organisering af Omsorgscentret som sundhedstilbud i Region Hovedstaden
- 4) Det strategiske udgangspunkt for Omsorgscentrets arbejde
- 5) Budgetforslag.

Som bilag er vedhæftet Røde Kors Hovedstadens overvejelser vedr. tilsynet med Omsorgscentret i form af generiske målepunkter for Sundhedsstyrelsens tilsyn.

1) Begrundelser for forslag om forankring som regionalt tilbud

Røde Kors Hovedstadens vurdering er, at Omsorgscentret i fremtiden bør være forankret i Region Hovedstaden. Argumenterne herfor er som følger:

- Målgruppen udskrives, når de er færdigbehandlede. Tidspunktet for udskrivningen kan ofte ikke planlægges på forhånd, hvorfor det i de fleste tilfælde er vanskeligt at iværksætte den nødvendige akutte kommunale hjælpeforanstaltning.
- Mange hjemløse borgere har haft mange skiftende opholdssteder og adresser inden deres hospitalsophold. Dette gør det vanskeligt at identificere en handlekommune, som kan tage ansvaret for pleje af den hjemløse borger og for dennes restitution. Det betyder, at der ikke står en kommune klar til at tage over – ligesom der i de tilfælde, hvor det kommunale tilhørsforhold er afklaret, ofte vil være lang sagsbehandlingstid ift. at træffe afgørelse om hjælp. Et aspekt er i denne sammenhæng, at en kommunal indsats typisk er underlagt BUM-modellen, hvilket øger sagsbehandlingstiden.
- Med få undtagelser har alle borgere på Omsorgscenteret modtaget behandling på Region Hovedstadens hospitaler.
- Patientgruppen kan være svær at rumme på et hospital, da de ofte har svært ved at følge de almindelige regler på et hospital, fx regler ift. alkoholindtag og rygning. Hertil kommer, at gruppen ofte er bærere af en anden kultur end i det øvrige samfund og blandt de øvrige patienter på et hospital og dermed har en adfærd, der opleves som fjendtlig og forstyrrende. Derfor vil det være en umiddelbar fordel for hospitalet at udskrive denne patientgruppe, så snart det skønnes forsvarligt. Hertil kommer, at mange hjemløse borgere også selv ønsker at forlade hospitalet hurtigt, så de kan komme tilbage til deres vante livsform med højt til loftet og det daglige fællesskab med såvel andre mennesker på kanten af samfundet som firbenede venner.



- Ved en kommunal forankring vil der – alt efter den valgte organiseringsmodel – være risiko for høj grad af egenbetaling. Dette forventes at ville medføre, at en række borgere vil fravælge ophold på omsorgscentret på trods af, at det vil gavne deres helbredsmæssige situation. Dette skal ses i relation til, at en del hjemløse afholder sig fra at søge behandling, dels fordi deres livssituation ikke tillader denne prioritering, eller fordi de ofte har oplevet stigmatisering i sundhedsvæsenet og derfor ikke tør opsøge behandling. Derfor vil egenbetaling være en yderligere barriere.
- Området for hjemløsesundhed er generet præget af mangelfuld koordinering og et kendskab baseret på know-how fremfor mere struktureret viden. Et omsorgscenter med forankring i Regionen vil styrke det formelle samarbejde med samtlige aktører på området og medvirke til og understøtte opbygningen af en central og koordinerende struktur indenfor området, der kan sikre en bedre indsats for hjemløse.

2) Begrundelser for forslag om forankring som et sundhedstilbud

Røde Kors Hovedstadens vurdering er, at Omsorgscentret i fremtiden skal være organiseret som et sundhedstilbud efter Sundhedsloven – og altså ikke som et socialtilbud efter Serviceloven. Vurderingen bygger på følgende argumenter:

- Målgruppens behov er af en støbning, der kræver en sundhedsfaglig indsats. De er færdigbehandlede, men ikke raske. De har brug for fortsat sygepleje og restitution. Det kræver sundhedsfaglighed og erfaring med målgruppen. Ikke mindst fordi gruppen ofte har dårlig compliance; de evner kun i begrænset omfang at træffe de personlige valg i deres liv, som fører til positiv sundhedsudvikling.
- Havde patienterne på Omsorgscenteret været "almindelige patienter" med et eget hjem og en fast seng at sove i, ville de typisk blive tilset af en hjemmesygeplejerske efter udskrivning – både i planlagte forløb og ved akutte hændelser. Denne sundhedsfaglige indsats sker i stedet i Omsorgscentret.
- Hvis Omsorgscentret skulle blive organiseret som et §110 tilbud efter Serviceloven, ville der være krav om egenbetaling og sociale handleplaner. Der ville også være krav om, at der tages kontakt til handlekommune mhp. næste skridt og betaling.
- Med et omsorgscenter forankret som et §110-tilbud ser Røde Kors Hovedstaden en stor risiko for, at stedet vil sande til som et herbergs-tilbud, hvor borgerne opholder sig længe – og ikke bare i to uger. Konstruktionen gør det også vanskeligt at bevare det væsentlige frivillige element og brugernes særlige ejerskab for projektet. Tilbuddet vil således kunne drives efter Røde Kors' principper om medmenneskelighed gennem frivilligt arbejde. Ved at bygge på en frivillig indsats signaleres, at medarbejderne gerne vil dette her, og at det ikke blot er et arbejde. Dette er en vigtig del af centerets værdigrundlag.

Et Omsorgscenter organiseret som et sundhedstilbud vil på ingen måde forhindre, at der udføres socialfagligt arbejde. Erfaringen er, at der skabes et "åbent mulighedsvindue", hvor borgeren – fordi der er mulighed ro, hvile og omsorg på Omsorgscentret – får fornyet interesse og motivation for at ændre sin sociale situation. Her kommer Omsorgscentrets frivillige og professionelle socialfaglige kompetencer i spil og skaber social værdi. Dette skal ses i relation til, at hjemløse ofte har en lang karriere i et offentligt system med registreringer og journalbeskrivelser. Rollen som klient er fasttømret i borgerens hukommelse og ofte som en negativ oplevelse. Mange hjemløse reagerer følelsesmæssigt uhensigtsmæssigt på denne oplevelse, og dette afskærer dem fra at opnå den hjælp de ellers er berettiget til. På et sundhedsfagligt Omsorgscenter med ro og hvile og omsorgsfulde frivillige får de derimod andre oplevelser.



3) Overvejelser vedr. organisering af Omsorgscentret som sundhedstilbud i Region Hovedstaden

Målet er at opbygge en indsats målrettet den enkelte borger og baseret på dennes behov. Der bør være tale om et sammenhængende tilbud med lægefaglig behandling og ikke mindst sammenhæng i behandlingsforløbet for den enkelte. For at skabe dette, foreslår Røde Kors Hovedstaden, at der etableres en partnerskabsaftale med Region Hovedstaden om drift af Omsorgscentret. Som en del af denne aftale foreslås, at:

- Regionens socialsygeplejersker – som det er tilfældet i dag – skal have mulighed for at henvise nyudskrevne patienter i målgruppen til Omsorgscentret.
- Røde Kors Hovedstaden er ansvarlig for det sundhedsfaglige tilbud.
- Der indgås en samarbejdsaftale mellem Røde Kors Hovedstaden og en virksomhedsansvarlig læge, som er ansvarlig ift. Sundhedsloven. Den virksomhedsansvarlige læge kan med fordel være en læge med base i Københavns Kommunes Sundhedsteam.
- Omsorgscentret ledes af en forstander, der refererer til Røde Kors Hovedstadens ledelse. Visitationsretten ligger hos forstander.
- Røde Kors Hovedstaden tildeles en fast årlig bevilling for at drive tilbuddet (se forslag til budget herunder), og Region Hovedstaden kan ikke gøres ansvarlig for evt. budgetoverskridelser.
- Der gennemføres en evaluering af denne partnerskabskonstruktionen medio 2018 mhp. et mere permanent partnerskab.

Den foreslåede organisering af Omsorgscentret går godt i spændt med Sundhedsaftalen 2016-2018 indgået mellem Region Hovedstaden og de 29 kommuner i Regionen, hvor mulighederne for et systematiseret samarbejde med frivillige foreninger fremhæves. Ydermere lever organiseringen op til aftalens mål om med afsæt i eksisterende erfaringer at indgå aftaler, der skal sikre lettere adgang til opfølgende pleje og behandlingsindsatser efter udskrivelse fra hospital.

4) Det strategiske udgangspunkt for Omsorgscentrets arbejde

Røde Kors Hovedstadens sociale strategi lægger vægt på inklusion og sundhed. De fire overordnede mål lyder:

- 1) At alle kan deltage i fællesskabet
- 2) At de mest udsatte borgere opbygger de sociale relationer de ønsker
- 3) At udsatte mennesker kan leve et mentalt sundt liv
- 4) Lighed i sundhed for socialt udsatte.

Målene nås kort fortalt ved at tænke sundhed ind i alle sociale aktiviteter og ved at sætte forebyggende sundhedstiltag i fokus for nye projektet. Og ved at skabe inkluderende fællesskaber og netværk, der rummer mange forskellige målgrupper. I Omsorgscentret betyder dette konkret, at der er et stort fokus på at involvere de hjemløse i dagligdagens gøremål, så de oplever ejerskab, og at de er med til at gøre en forskel for andre end dem selv.

Punkt nr. 18 - Samarbejde med Røde Kors om videreførelse af Omsorgscenter i Thorsgade
Bilag 1 - Side -5 af 10



5) Budgetforslag

Nedenstående budget viser Røde Kors udgifter ved at drive Omsorgscenter Thorsgade i 2018.

Budget for Røde Kors Omsorgscenter 2018				
Løn og personale	Timer/mdr.	Timesats	Kr./mdr.	I alt kr.
Løn, projektleder	160	282	45.279	543.347
Løn, assistent	78	157	12.424	149.088
Løn, socialarbejder	60	250	15.203	182.435
Løn, sygeplejerske	84	189	16.085	193.025
<i>Løn og personale i alt</i>				<i>1.067.896</i>
Projektudgifter			Kr./mdr.	I alt kr.
Sygeplejeartikler			2.710	32.520
Uddannelse frivillige			2.000	24.000
Frivilligpleje			2.050	24.600
<i>Projektudgifter i alt</i>				<i>81.120</i>
Husleje mm.			Kr./mdr.	I alt kr.
Husleje			33.000	396.000
Vedligehold og inventar			2.500	30.000
Telefoni/IT			1.000	12.000
Kost til beboere			12.000	144.000
Vask af linned/tøj			3.000	36.000
Rengøring			7.300	87.600
<i>Husleje mm. i alt</i>				<i>675.600</i>
Diverse omkostninger			Kr./mdr.	I alt kr.
Omkostning til virksomhedsansvarlig læge			12.500	150.000
Sekretariatsbistand, administration og evaluering			7.000	84.000
Revision				9.000
<i>Diverse omkostninger i alt</i>				<i>243.000</i>
Total				2.097.616

Røde Kors Hovedstaden (PS, OAM), 05.10.2017



Bilag 1: Foreløbige overvejelser i forhold til de generiske målepunkter for Sundhedsstyrelsens tilsyn

I det følgende fremlægges Røde Kors Hovedstadens foreløbige beskrivelse af, hvilke generiske målepunkter, som skal være i fokus ved Sundhedsstyrelsens tilsyn med et fremtidigt Røde Kors Omsorgscenter. Som nævnt i notatet vedr. Røde Kors omsorgscenter skal der etableres en samarbejdsaftale mellem Røde Kors Hovedstaden og en virksomhedsansvarlig læge. Den virksomhedsansvarlige læge kan med fordel være en læge med base i Københavns Kommunes Sundhedsteam.

1. Instrukser og procedurer

1.1 Instruks: Parakliniske undersøgelser

Ikke relevant da håndtering af parakliniske undersøgelser varetages af Sundhedsteam, og ikke Omsorgscentrets personale/frivillige.

1.2 Interview: Parakliniske undersøgelser

Ikke relevant da håndtering af parakliniske undersøgelser varetages af Sundhedsteam, og ikke Omsorgscentrets personale/frivillige.

1.3 Interview: Opfølgning på utilsigtede hændelser

Alle UTH registreres i DPSD samt på skema. Leder eller dennes stedfortræder samler indberetninger af UTH og gennemgår disse enkeltvis og efterfølgende sammenligner ift. fælles faktorer. Dermed samles erfaringer og viden, som kan danne grundlag for procedureændringer. Relevante UTH gennemgås på personale/frivillige møder.

1.4 Instruks: Patientidentifikation og anden forveksling

Ikke relevant da der ikke udføres de under punkt 1.4 nævnte handlinger.

1.5 Interview: Patientidentifikation og anden forveksling

Procedure for patientidentifikation er kun relevant ifm. med lægebehandling efter sundhedsloven.

1.6 Instruks: Henvisninger og henvendelser

Ikke relevant.

1.7 Interview: Henvisninger og henvendelser

Ikke relevant.

1.8 Instruks: Medicinadministration

Ved medicinudlevering skal navn og cpr-nummer tydeligt fremgå af den ordinerede medicin og medicinskema, ligeledes skal borgeren oplyse fulde navn og cpr-nummer.



Ovenstående er kun delvis relevant, da der højst er to personer knyttet til den enkelte læge, der administrer medicinen.

1.9 Interview og instruks: Brug af medhjælp

Da det er lægen der skal sikre at medhjælp er sufficient informeret, tilfalder instruksudarbejdelse lægen.

1.10 Interview: Håndtering af anafylaktisk reaktion

Anafylaksi er en hurtigt indsættende, generaliseret, potentielt livstruende og oftest uventet overfølsomhedsreaktion, der omfatter flere organsystemer. Klinisk kan de anafylaktiske symptomer variere fra mild hudkløe til svære tilfælde med multiorgan-involvering, kulminerende i anafylaktisk shock. Fra de øvre luftveje kan der fremkomme symptomer som nysen, næseflåd og larynxødem, visende sig ved hæshed, afoni og stridor, kulminerende i asfyksi. Fra de nedre luftveje kan ses dyspnø, astma og skummende sekret (lungeødem). Kardiovaskulære symptomer omfatter takykardi og hypotension samt deraf følgende myokardieiskæmi, arytmier og cirkulatorisk kollaps. Gastrointestinale symptomer kan være kvalme, opkastning, abdominalsmerter, diarré og sfincterinsufficiens med ekskretafgang.

Cerebrale symptomer som bevidsthedssløring, kramper og koma kan forekomme. I alvorlige tilfælde kan man se en patient med generaliseret urticaria, angioødem, hypotension og kardiovaskulært kollaps, der kan føre til komplicerende hypoxi, arytmier og myokardieiskæmi. Endvidere kan ses bronkospasme og lungeødem, gastrointestinale og cerebrale symptomer.

Behandling (sundhedsfaglig personale): inj Adrenalin 1 mg/ml, 0,5-0,8 ml, injiceres dybt im lateralt på låret, kan evt. gentages efter 15 min. Borger lægges i Trendelenburgleje. Alarmer 112, oplys navn, adresse, mistanke om anafylaktisk chok samt givet medicin. Bliv hos borger til ambulance ankommer.

Behandling (frivillig): borger lejres med eleverede ben, giv evt. livreddende førstehjælp.

1.11 Instruks: Krav til instrukser generelt

Dette punkt er først relevant når aftale med sundhedsteamet indgås.

2. Medicin og opbevaring heraf

2.1 Tilsyn: Opbevaring af lægemidler

Borgerne opbevarer som udgangspunkt egen medicin, samt indkøber denne.

I tilfælde hvor medicin administreres af sygeplejersken, mærkes denne med borgers navn og cpr-nummer, og opbevares separat i aflåst skab.

Ikke sundhedsfagligt personale må ikke håndtere medicin på OT.



2.2 Tilsyn: Opbevaring af omhældte lægemidler

Der opbevares ikke omhældte lægemidler på Thorsgade.

3. Hygiejne

3.1 Tilsyn: Håndhygiejne og personlige værnemidler

Fra alle rum er der let adgang til at udføre korrekt håndhygiejne samt adgang til personlige værnemidler.

3.2 Tilsyn: Opbevaring af sterile produkter

Sterile produkter opbevares i aflåst sygeplejerum. Disse kontrolleres for intakt pakning og holdbarhedsdato den første mandag i måneden. Sterilvarer med holdbarhedsdato på under 2 mdr. markeres tydeligt med rød mærkat. Sterilvarer med holdbarhedsdato mindre end datoen for næste kontrol kasseres.

4. Journalindhold og journalhåndtering

Journalføring i henhold til sundhedsloven tilfalder Sundhedsteamet. Sundhedsydelser foretaget i OT journalføres i Sundhedsteamets journaler af Sundhedsteamets personale.

5. Behandlingssteder med indlagte patienter

5.1 Instruks: Lægetilkald, overflytning og genoplivning

Akutte situationer: Ved almen sygdom, svag til moderat feber og/eller lette smerter, kontaktes Sundhedsteamets læge(r) indenfor normal arbejdstid. Aften/nat/weekend/helligdage kontaktes 1813.

I situationer hvor borger mister bevidsthed, respiration- eller hjertestop, pludselige abdominale eller thoracale smerter, markant bevidsthedsændring eller anden situation, hvor tilstanden vurderes ustabil eller kritisk, alarmeres 112.

Ved al kontakt oplyses hvem, hvor og hvad der er sket. Beskriv, så vidt muligt, borgers tilstand de seneste timer og nuværende tilstand. Puls, blodtryk, temperatur, respirationsfrekvens samt hud- og læbefarve oplyses, hvis muligt.

Når der rekvireres ambulance kan man med fordel sende anden person (evt. anden borger) ned for at tage imod ambulancen.

Hjertestop: borger er bevidstløs, der føles ingen puls, ej heller respiration. Borger forsøges vækket ved kraftige gnidning med knoer på brystben og høj tale. Hvis borger ikke reagerer, iværksættes HLR. Alarmer 112, oplys der er hjertestop. Hold forbindelsen til 112, evt. via højttaler på mobilen. Følg de instrukser personalet på 112 giver. OBS hjertestarter forefindes ved indgang til opgang 61.

5.2 Interview: Lægetilkald, overflytning og genoplivning

Ikke relevant, da punktet omhandler håndtering af allerede skete episoder.



6. Behandlingssteder med operationer

6.1 Instruks: Forebyggelse af forveksling ved kirurgi

Ikke relevant.

6.2 Interview: Forebyggelse af forveksling ved kirurgi

Ikke relevant.

6.3 Interview/journal: Tromboseprofylakse

Ikke relevant.

6.4 Instruks: Kontrolforanstaltninger ved kirurgiske indgreb

Ikke relevant.

6.5 Interview: Kontrolforanstaltninger ved kirurgiske indgreb

Ikke relevant.

6.6 Interview: Tilgængeligt udstyr ved planlagt operation

Ikke relevant.

6.7 Interview/Instruks: Procedurer ved større blødning

Ikke relevant.

7. Behandlingssteder med generel anæstesi/central blokade/anvendelse af sedation ved operative indgreb

7.1 Journal: Præanæstesiologisk vurdering

Ikke relevant.

7.2 Journal: Peroperativ overvågning

Ikke relevant.

7.3 Instruks: Medicingivning ved anæstesi/sedation

Ikke relevant.

7.4 Interview: Medicingivning ved anæstesi/sedation



Ikke relevant.

7.5 Interview: Akut assistance ved operative indgreb

Ikke relevant.

7.6 Instruks: Postoperativ overvågning

Ikke relevant.

7.7 Journal: Postoperativ overvågning og udskrivelse

Ikke relevant.

7.8 Tilsyn: Indretning af operationsstuen

Ikke relevant.

7.9 Tilsyn: Servicing af apparatur til anæstesi

Ikke relevant.

7.10 Interview: Back-up ved forsyningssvigt

Ikke relevant.

12

Anbefalinger til mere sammenhængende patientforløb

Afrapportering fra Udvalget for
Sammenhængende Patientforløb

INDHOLD

04	INDLEDNING
06	UDREDNING OG DIAGNOSTIK
08	BEHANDLINGS- OG OPFØLGNINGSFORLØB
10	KOMMUNIKATION OG PATIENTINDDRAGELSE
12	BEDRE PATIENTFORLØB I HELE REGIONEN
14	DE 12 ANBEFALINGER

INDLEDNING

Patienter skal opleve sammenhængende forløb i deres møde med sundhedsvæsenet i Region Hovedstaden. I praksis viser det sig imidlertid, at det ikke altid lykkes at skabe gode forløb på trods af, at der bliver arbejdet på at skabe gode patientforløb i mange sammenhænge.

Der er patienter og pårørende, som har svært ved at finde rundt i det komplekse system, som sundhedsvæsenet efterhånden er blevet. Komplexiteten betyder også, at det kan være svært for det sundhedsfaglige personale at understøtte gode forløb, særligt hvis patienten har flere sygdomme.

Regionsrådet i Region Hovedstaden har derfor nedsat et politisk udvalg, som skal gennemgå området og komme med anbefalinger, der skaber bedre sammenhæng i alle behandlings- og udredningsforløb. Det er et klart signal til patienter, pårørende, medarbejdere og ledere i sundhedsvæsenet om, at vi sammen skal arbejde hen imod et sundhedsvæsen, der forbedrer patienternes forløb.

Anbefalingerne skal være med til at fremme en kultur på hospitalerne, hvor patienterne oplever tryghed og optimale forløb. Kommunikationen og koordinationen mellem afdelinger, hospitaler og sektorer skal forbedres, og patienten sættes i centrum for behandlingen. Fokus skal være på, at behandling og diagnostik samles omkring patienten.

Anbefalingerne skal samtidig bidrage til mere lighed i sundhed. De patienter, der er mest sårbare, skal i højere grad mødes af et sundhedsvæsen, der giver dem støtte, information og individuel behandling. Det er forhåbningen, at hospitalerne i endnu højere grad får forudsætningerne for at tilpasse udredning og behandling til den mest sårbare gruppe af patienter.

Udfordringerne, som udvalget peger på, er ikke nye, og der gøres allerede i dag en stor og vedholdende indsats på hospitalerne blandt ledere og medarbejdere for at sikre sammenhæng i alle patientforløb. Den udvikling har betydet mange gode initiativer for patienterne, og den udvikling vil udvalget gerne anerkende og bakke op om.

Samtidig vil udvalget igangsætte nye initiativer og dermed sætte nye mål for at sikre endnu bedre sammenhængende patientforløb. Det gælder f.eks. ved, at der sker en systematisk spredning af de allerede kendte initiativer, der skaber gode patientforløb, så de bliver tilgængelige for alle patienter.

Udvalget har fokuseret på at identificere de områder, som er de hyppigste kilder til manglende sammenhæng i patientforløb med udgangspunkt i hospitalernes rolle. Udgangspunktet er derfor, hvad hospitalerne kan bidrage med for at understøtte gode forløb.

Udvalgets afrapportering skal ikke ses som udtryk for, at alle patienter oplever, at der mangler sammenhæng. Men der er fortsat et forbedringspotentiale i forhold til at sikre bedre forløb, særligt for sårbare patienter med flere sygdomme. Udvalget har derfor haft fokus på, at der etableres strukturer og arbejdsgange, der sikrer sammenhæng og helhedssyn i tæt samspil med både egen læge og kommune.

Udvalgets anbefalinger

Udvalgets anbefalinger er udarbejdet med input fra studiebesøg, dialogmøder, patienter og en række forskere samt indlæg om projekter fra hospitalerne i regionen.

Anbefalingerne er inddelt i tre afsnit:

- Udredning og diagnostik
- Behandlings- og opfølgingsforløb
- Kommunikation og patientinddragelse

Udvalget for sammenhængende patientforløb er nedsat med udgangspunkt i en politisk aftale, der udgør rammen om arbejdet. Udvalget skal konkret komme med forslag til:

- Hvordan der kan ske koordinering af undersøgelser og planlagte behandlinger, så de kan foretages samme dag.
- Hvordan de diagnostiske afdelinger kan følge det enkelte udredningsforløb til ende, særligt i de tilfælde, hvor de første undersøgelser ikke umiddelbart viser en klar diagnose. Det skal forhindre, at patienten sendes frem og tilbage mellem egen læge og skiftende hospitalsafdelinger.
- Hvordan patientforløb – især for ældre og patienter med flere sygdomme - kan foregå så smidigt som muligt for patienten og med inddragelse af de pårørende undervejs.
- Hvordan patientens situation kan styre forløbet, også for de patienter, der skal behandles på flere afdelinger. Samtidig skal princippet om nærhed, sammenhæng og kvalitet for borgeren altid sikres, og LEON-princippet om altid at behandle på laveste effektive omkostningsniveau overholdes.
- Hvordan de patientforløb, hvor patienterne ofte genindlægges eller hvor sygdomsbyrden er særlig stor kan forbedres så der behandles ud fra en helhedstænkning.

UDREDNING OG DIAGNOSTIK

Udvalget har haft fokus på at skabe den rette struktur og organisering, der kan understøtte gode patientforløb, så patienter oplever smidig og effektiv diagnostik og udredning. Samtidig har det været et ønske, at understøtte udredningsforløb i almen praksis. Det skal bl.a. ske ved, at det diagnostiske samarbejde mellem egen læge og hospitalerne styrkes. For de patienter, der henvises til hospitalet, skal der sikres forløb, hvor de relevante kompetencer kommer til patienten, frem for at patienten skal bevæge sig mellem afdelingerne. For de komplekse forløb, skal det ligeledes sikres, at der sker den nødvendige koordinering på hospitalet, så patienten ikke behøver at tage så ofte på hospitalet. Endelig har udvalget haft fokus på, at bedre udredningsforløb i særlig grad skal støtte svage og sårbare patienter.

Direkte adgang til diagnostik fra almen praksis

Der skal være mulighed for, at patienter kan henvises direkte til diagnostisk afklaring fra almen praksis. Muligheden for henvisning gælder kun for problemstillinger, hvor behandlingen fagligt kan varetages af egen læge, uden at patienterne skal ses på et hospital. Der er i dag mulighed for, at egen læge kan henvise udvalgte patienter til diagnostiske undersøgelser på nogle hospitaler, men der er behov for en samlet faglig vurdering af, hvilke problemstillinger/tilstande, det fremadrettet skal være muligt at kunne henvise til hurtig afklaring af. Det kan f.eks. være nogle former for billeddiagnostik (f.eks. røntgen/ultralyd), blod/celleprøver og kikkertundersøgelser.

Det er vigtigt, at de diagnostiske undersøgelser kan tilbydes uden umiddelbar ventetid, fordi patienten skal være lige så godt stillet ved at fortsætte hos egen læge frem for at blive henvist til hospitalet, hvor udredningsretten på 30 dage er gældende.

ANBEFALING 1:

Almen praksis får adgang til at henvise patienter med simple problemstillinger til hurtig afklaring på de diagnostiske afdelinger. Patienter kan henvises på baggrund af symptomer/udvalgte tilstande, der fagligt set forventes at kunne behandles af egen læge.

Bredere adgang til diagnostiske enheder fra almen praksis

De diagnostiske enheder anvendes i dag til de patienter, hvor der er mistanke om, at patienten kunne have kræft. Diagnostisk enhed kan samle et udredningsforløb og eventuelt give patienten en forløbskoordinator. Patienterne er i et hurtigt forløb og modtager indkaldelser, undersøgelser og tider hurtigere end andre patienter.

Hvis den praktiserende læge som noget nyt kan henvise alle typer af patienter med uspecifikke symptomer til tværfaglig udredning i en diagnostisk enhed, så forsenkles forløbene for patienterne. Dermed åbnes op for, at flere typer patienter kan få en tværfaglig udredning i de diagnostiske enheder.

ANBEFALING 2:

Patienter, som egen læge vurderer, skal udredes i hospitalsregi, og som har uspecifikke symptomer, kan henvises direkte til en diagnostisk enhed.

**Adgang til diagnostiske enheder fra
hospitalsafdelinger**

Det skal være muligt for patienter, der er henvist til udredning på en hospitalsafdeling, at blive sendt til den diagnostiske enhed, hvis afdelingen ikke kan diagnosticere dem. Dette skal forhindre gentagne henvisninger til forskellige hospitalsafdelinger. Egen læge skal dog tilkendegive (f.eks. i et afkrydsningsfelt i henvisningen), at patienten ønskes videreudredt. Egen læge skal spørges, fordi undersøgelsen også kan have til formål at bekræfte, at patienten ikke fejler noget alvorligt, og udredning på diagnostisk center vil derfor være unødigt omfattende og ressourcekrævende.

ANBEFALING 3:

Læger på et ambulatorium skal viderehenvise patienter til en diagnostisk enhed, hvis de ikke kan finde en forklaring på de symptomer, patienten er henvist for. Det er en forudsætning, at der er konfereret med patientens egen læge.

Etablering af sammedagsudredning

Der arbejdes flere steder i landet på en organisatorisk model for sammedagsudredning, hvor komplekse udredningsforløb så vidt muligt er tilrettelagt på én dag, så patienterne kan få foretaget de relevante undersøgelser ved ét fremmøde. Sammedagsudredning kræver dog, at patienten ønsker det, og at det er muligt i forhold til patientens sygdomme.

Organiseringen tager afsæt i en tværfaglig tilgang, hvor der kan trækkes på de relevante specialer undervejs, og hvor der er udviklet undersøgelsespakker på forhånd, så indholdet og tiderne til de enkelte undersøgelser er koordinerede.

ANBEFALING 4:

Der skal etableres sammedagsudredning i de diagnostiske enheder og på de medicinske ambulatorier, så patienterne som udgangspunkt kun skal komme én gang.

BEHANDLINGS- OG OPFØLGNINGSFORLØB

Der skal sikres bedre behandlings- og opfølgningsforløb med udgangspunkt i patientens ønsker. Det betyder, at patienter og pårørende ikke behøver at tage på hospitalet oftere end nødvendigt. Samtidig skal der gøres mere for at forebygge akutte indlæggelser, så patienter i stedet får et planlagt forløb, der er nemmere at overskue. Det er også vigtigt, at patienterne kan behandles i almen praksis, f.eks. ved at de praktiserende læger kan få faglig sparring fra hospitalerne.

Bedre koordinerede og tilrettelagte besøg

For at imødekomme den stigende andel af patienter med flere kroniske sygdomme, er der på flere hospitaler etableret enheder, som samler ekspertisen i medicinske fællesambulatorier ud fra princippet om, at lægerne skal komme til patienten og ikke omvendt. Det sker f.eks. på Holbæk Sygehus, ligesom de nye hospitalsbyggerier er indrettet med fælles ambulatoriefaciliteter for flere specialer. De medicinske fællesambulatorier bygger på en tankegang om, at det er hospitalet, der sikrer koordineringen, så patienten skal møde op én gang for at drøfte sin samlede situation - frem for at møde op én gang pr. forløb i flere forskellige ambulatorier. Det kræver, at lægen er orienteret om alle de forhold, som tidligere blev varetaget i hvert af de parallelle patientforløb, som patienten har fulgt. Det skaber behov for koordinering inden patientens fremmøde.

Det er et vigtigt element i de medicinske fællesambulatorier, at der er tæt samarbejde med f.eks. laboratorier, så patienten f.eks. kan få taget blodprøve inden konsultation med lægen.

ANBEFALING 5:

Patienter med flere kroniske sygdomme skal have koordinerede og individuelt tilrettelagte konsultationer, hvor det er muligt. Det kan f.eks. ske gennem etablering af medicinske fællesambulatorier, hvor opfølgning på flere sygdomme samles i ét besøg og prøvetagning sker samme dag som besøget.

Sub-akutte tilbud

I dag har almen praksis som hovedregel mulighed for at indlægge patienten akut eller henvise til et ambulant besøg, med den dertilhørende ventetid, når der opstår sygdom eller forværring hos en patient. Nogle gange er den eneste reelle løsning derfor at indlægge patienten akut, selvom patienten fagligt set fint ville kunne vente en dag eller to med at blive tilset på et hospital.

En akut indlæggelse er ofte forvirrende og utryk især for ældre mennesker, og det kan være belastende at blive indlagt akut. Derfor er der mange steder etableret sub-akutte tilbud som f.eks. hurtige/fremrykkede ambulatorietider eller et planlagt besøg i akutmodtagelsen. Det giver mulighed for at henvise en patient til en hospitalsafdeling, der kan tilse og eventuelt stabilisere patienten inden for 1-2 dage. Det kan f.eks. være et medicinsk ambulatorium eller daghospital, der dagligt friholder nogle tider til vurdering, diagnostik og behandling af patienter, der er henvist sub-akut fra almen praksis.

ANBEFALING 6:

Akutte indlæggelser skal forebygges ved, at der etableres sub-akutte tilbud, som patienter kan henvises til inden for 1-2 dage. Det skal forebygges besøg og indlæggelser på en akutmodtagelse.

Forebyggelse af akutte indlæggelser

Flere steder i landet er der gode erfaringer med at afprøve modeller for patientstøtte, der skal fungere som alternativ til akutte indlæggelser. Nogle steder er det som "fleksible indlæggelser", hvor visse kroniske patienter får direkte adgang til at kontakte et afsnit eller afdeling på hospitalet døgnet rundt. Her kan en sygeplejerske vurdere, hvordan patienten bedst hjælpes. Sygeplejersken kan henvise patienten til behandling, rådgivning eller opfølgning hos egen læge eller måske til et kommunalt akutteam eller til hospitalsbesøg (ambulant opfølgning, sub-akutte tider, opfølgning eller indlæggelse). Erfaringen er, at kontakten med sygeplejersker på hospitalerne betyder, at færre indlægges, og at patienterne er mere tilfredse.

ANBEFALING 7:

De medicinske afdelinger skal give rådgivning og støtte til udvalgte grupper af kroniske patienter, som et alternativ til en akut indlæggelse.

Faglig sparring til almen praksis

Det skal være enkelt og ukompliceret for almen praksis at få adgang til faglig sparring om den enkelte patient med relevante hospitalsansatte læger. På den måde kan patientens egen læge få støtte til at afgøre, hvad der er det næste skridt i det videre behandlingsforløb. Dette skal både forhindre unødvendige indlæggelser, ligesom det skal bidrage til at patienterne fastholdes i behandling af høj kvalitet hos egen læge.

Der er i dag mulighed for, at praktiserende læger kan få afklaring eller rådgivning fra læger på hospitalerne, men det er indtrykket, at ordningerne bruges meget forskelligt i regionen. Der er behov for at udbrede kendskabet til muligheden, ligesom det også er en anledning til at sikre, at ordningen findes alle steder.

ANBEFALING 8:

Almen praksis skal kende til den eksisterende mulighed for at få faglig sparring af læger på hospitalerne.

KOMMUNIKATION OG PATIENTINDDRAGELSE

Alle patienter skal møde et sundhedsvæsen, der tager udgangspunkt i den enkeltes situation og som kommunikerer sikkert, og inddrager patienten i egen behandling. Alle involverede skal have adgang til oplysning og hurtig kommunikation om patientens samlede situation. For at patienterne skal opleve smidige forløb og gode overgange, skal der være fokus på kommunikationen mellem sektorer og afdelinger, når en patient overflyttes eller udskrives. Ligeledes skal patienter opleve, at de bliver inddraget i egen behandling, og at deres pårørende kan være med til at støtte og deltage i beslutningerne, hvor det er relevant.

Bedre patientinddragelse

Patientens egne ressourcer skal i endnu højere grad anvendes mere aktivt i behandlingen, så patientens ønsker, viden og erfaringer er udgangspunktet for det forløb, patienten får. Det sundhedsfaglige personale skal understøtte, at patienterne kan tage aktivt stilling til behandlingsmulighederne.

Det sundhedsfaglige personale skal have de kompetencer og redskaber, der gør, at patienten bliver mødt med en individuel og empatisk tilgang, som understøtter, at patienten behandles med udgangspunkt i egne behov, ønsker og viden. Det kræver bl.a. fokus på at skabe en kultur, hvor patientinddragelse bliver prioriteret i alle patientforløb.

Der er igangsat en lang række initiativer, som bidrager til bedre patientinddragelse. Disse initiativer skal understøttes og udbredes, så alle patienter bliver inddraget med udgangspunkt i eget forløb og egne ressourcer.

Det kræver en særlig indsats at sikre, at ældre, svækkede eller skrøbelige patienter også inddrages i egen behandling, og oplever at få den information og viden, som deres forløb kræver. I disse situationer er det væsentligt at sikre inddragelse af pårørende, såfremt patienten ønsker det, fordi de ofte kan udgøre en stor ressource for patienten. Endelig er det væsentligt, at de patienter, der kan have udfordringer med den øgede digitalisering, tilbydes egnede alternativer til patientinddragelse, f.eks gennem personlig kontakt.

ANBEFALING 9:

Der skal arbejdes systematisk med patientinddragelse i alle patientforløb.

Mere inddragelse af pårørende

For nogle patienter kan det være en stor hjælp at have pårørende eller andre støttepersoner med til besøg på hospitalet eller hos egen læge. Derfor skal det være et centralt omdrejningspunkt, at hospitalerne understøtter, at alle patienter, der ønsker en pårørende eller en støtteperson tilstede ved samtaler eller i andre behandlingssituationer, har mulighed for det.

Pårørende kan yde en vigtig indsats, som støtte for svækkede eller syge ældre. Når pårørende er med på hospitalet, kan det give en bedre sammenhæng og kvalitet i behandlingen og plejen, og det kan give bedre livskvalitet for det enkelte menneske.

De pårørende, der er med til samtalen med lægen, kan hjælpe med at huske, hvornår medicinen skal tages og kan være med til at følge op på forløbet efter indlæggelse mv. Pårørendeinddragelse er et positivt bidrag i et forløb både for patienten og det sundhedsfaglige personale, fordi inddragelse af pårørende kan være med til at skabe bedre kvalitet og sammenhæng i behandlingsforløb, og dermed forhindre unødvendige genindlæggelser og fejlbehandling.

ANBEFALING 10:

Der skal ske systematisk inddragelse af pårørende i de patientforløb, hvor det er relevant.

Bedre kommunikation mellem sektorer og afdelinger

Når en patient udskrives, skal der videregives relevant information til egen læge, ligesom kommunen skal have besked, hvis en patient modtager hjemmesygepleje eller praktisk hjælp. I Sundhedsaftalerne er der allerede en række indsatser i gang, der understøtter kommunikationen mellem sektorer. Det er en opgave for alle hospitalerne at sikre, at det er den relevante information, der gives videre i hvert enkelt forløb med udgangspunkt i den kommunikationsaftale, der er indgået med kommunerne.

Desuden understøtter Sundhedsplatformen kommunikationen mellem afdelinger og mellem hospitaler. Men der er behov for at se på, om kommunikationen er god nok både internt på hospitalerne, men også med kommuner og almen praksis. F.eks. skal det sikres at information til kommunerne er uden forsinkelse, når patienter udskrives uanset, om patienten har været akut på hospitalet, eller det har været et planlagt forløb eller besøg.

ANBEFALING 11:

Der skal medfølge en konklusion og en klar plan inklusiv relevant kontaklinformation på alle forløb, når en patient udskrives eller overflyttes. Det er et særligt opmærksomhedspunkt, at der gives hurtig information til kommunen, når patienter, der har behov for hjemmesygepleje eller anden hjælp, udskrives.

BEDRE PATIENTFORLØB I HELE REGIONEN

Udvalget ønsker med disse anbefalinger at sætte nye mål for gode patientforløb i Region Hovedstaden. Anbefalingerne er rettet mod hospitalernes organisering og struktur, men gode patientforløb afhænger i høj grad af et godt tværsektorielt samarbejde, hvor hospitalerne kun udgør én part. Kommunerne og almen praksis har med deres kendskab til patienterne en helt afgørende rolle i at sikre gode patientforløb. Det er udvalgets håb, at anbefalingerne også kan være et godt fundament for et styrket samarbejde på tværs af sektorerne til gavn for patienterne.

Udvalget har store forhåbninger til den patientansvarlige læge, der kan være en nøgleperson i at skabe gode forløb og tryghed for de patienter, der har vanskelige forløb. Udvalget ser derfor frem til, at den patientansvarlige læge implementeres i regionen, og bidrager til sammenhæng og høj kvalitet. Ligeledes vil de nye hospitalsbyggerier give bedre forudsætninger for at kunne skabe gode forløb. Endelig giver Sundhedsplatformen helt nye muligheder for kommunikation på tværs af afdelinger, ligesom patienten med Min Sundhedsplatform får mulighed for direkte kommunikation med afdelingen.

Lighed i sundhed

Det har været en rød tråd i udvalgets arbejde at understøtte lighed i sundhed i alle anbefalingerne.

Udvalget er opmærksomt på, at der er en særlig udfordring for de patienter, som har både somatisk og psykisk sygdom. Derfor er udvalgets sidste anbefaling, at der ses nærmere på hvordan man skaber gode forløb for denne patientgruppe.

ANBEFALING 12:

Der igangsættes et arbejde, om hvordan der sikres sammenhæng for patienter med samtidig somatisk og psykisk sygdom.

Implementering

Udvalget har med disse anbefalinger skabt bedre forudsætninger for gode patientforløb.

Mange af udvalgets anbefalinger er ikke ny viden, og flere af anbefalingerne findes i dag på hospitalerne i større eller mindre grad. Det er udvalgets forventning, at anbefalingerne nu implementeres i hele regionen, så patienterne i hele regionen får ens muligheder. Det forudsætter også, at den læring og viden der er i dag på tværs af hospitalerne, styrkes og prioriteres af både ledere og medarbejdere.

Udvalgets arbejde skal desuden indgå i den kommende hospitalsplan.

12 ANBEFALINGER

1

Almen praksis får adgang til at henvise patienter med simple problemstillinger til hurtig afklaring på de diagnostiske afdelinger. Patienter kan henvises på baggrund af symptomer/udvalgte tilstande, der fagligt set forventes at kunne behandles af egen læge.

4

Der skal etableres sammedagsudredning i de diagnostiske enheder og på de medicinske ambulatorier, så patienterne som udgangspunkt kun skal komme én gang.

2

Patienter, som egen læge vurderer, skal udredes i hospitalsregi, og som har uspecifikke symptomer, kan henvises direkte til en diagnostisk enhed.

5

Patienter med flere kroniske sygdomme skal have koordinerede og individuelt tilrettelagte konsultationer, hvor det er muligt. Det kan f.eks. ske gennem etablering af medicinske fællesambulatorier, hvor opfølgning på flere sygdomme samles i ét besøg og prøvetagning sker samme dag som besøget.

3

Læger på et ambulatorium skal viderehenvise patienter til en diagnostisk enhed, hvis de ikke kan finde en forklaring på de symptomer, patienten er henvist for. Det er en forudsætning, at der er konfereret med patientens egen læge.

6

Akutte indlæggelser skal forebygges ved, at der etableres sub-akutte tilbud, som patienter kan henvises til inden for 1-2 dage. Det skal forebygges besøg og indlæggelser på en akutmodtagelse.

7

De medicinske afdelinger skal give rådgivning og støtte til udvalgte grupper af kroniske patienter, som et alternativ til en akut indlæggelse.

10

Der skal ske systematisk inddragelse af pårørende i de patientforløb, hvor det er relevant.

8

Almen praksis skal kende til den eksisterende mulighed for at få faglig sparring af læger på hospitalerne.

11

Der skal medfølge en konklusion og en klar plan inklusiv relevant kontaktinformation på alle forløb, når en patient udskrives eller overflyttes. Det er et særligt opmærksomhedspunkt, at der gives hurtig information til kommunen, når patienter, der har behov for hjemmesygepleje eller anden hjælp, udskrives.

9

Der skal arbejdes systematisk med patientinddragelse i alle patientforløb.

12

Der igangsættes et arbejde, om hvordan der sikres sammenhæng for patienter med samtidig somatisk og psykisk sygdom.



**Region
Hovedstaden**

Region Hovedstaden

Center for Sundhed
Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

Telefon: 38 66 50 00
E-mail: regionh@regionh.dk

KOMMISSORIUM

ANALYSE AF REGION HOVEDSTADENS LÆ- RINGSKULTUR PÅ BAGGRUND AF TILSIGTEDE HÆNDELSER OG ROLLE OG ANSVAR I PATIENTSIKKERHEDSARBEJDET

Opgang B
Telefon 3866 6000
Direkte 38665367
Mail csu@regionh.dk

Dato: August 2017

Baggrund og formål

Forum for Kvalitet vedtog i januar 2017 en ny model for arbejdet med utilsigtede hændelser, som skulle implementeres i efteråret 2017, når implementeringen af Sundhedsplatformen var overstået. I forbindelse med den tværgående analyse om meningitis og meningokoksygdom, blev identificeret et problemområde om kulturen ved læring af fejl, hvilket gav anledning til en generel drøftelse af læringskultur og håndtering af utilsigtede hændelser. Forretningsudvalget ønskede, at analysen tillige skulle omfatte understøttelse af en god kultur for læring fra utilsigtede hændelser samt risikomanagerens rolle. Koncerndirektionen tiltrådte dette ønske, og besluttede, at der skulle nedsættes et separat analyseteam til denne opgave. Formandsskabet varetages af Koncerndirektør Svend Hartling.

Formålet med analysen er, at øge patientsikkerheden ved at opnå bedst mulig læring af utilsigtede hændelser gennem fokus på kultur, organisation og kompetencer indenfor patientsikkerhedsområdet. Udgangspunktet for analysen vil være den allerede vedtagne model for arbejdet med utilsigtede hændelser, og viden om hvordan vi aktuelt arbejder med utilsigtede hændelser i organisationen herunder, hvordan vi uddrager læring og spredning af læring.

Opgaverne vil omhandle:

- at analysere fordele og ulemper ved nuværende organisering af patientsikkerhedsarbejdet herunder risikomanagerens rolle
- at drøfte hvordan vi udvikler og fastholder en god kultur for håndtering og læring af utilsigtede hændelser
- at drøfte hvilke kompetencer vi ønsker i forhold til patientsikkerhedsarbejdet i organisationen
- at stille forslag til forbedringer af kultur, organisation og risikomanagerkompetencer, som vil øge patientsikkerheden
- at stille forslag til monitorering af implementering og effekt af handlingsplaner fremkommet af analysen

Punkt nr. 20 - Udmøntning af midler til styrkelse af patientsikkerhedsarbejdet og læring i forhold til hurtigere diagnosticering

Bilag 1 - Side -2 af 10

Datagrundlag

Region Hovedstaden har i forbindelse med forudgående analyse gennemgået alle regionens rapporterede utilsigtede hændelser fra 2015 til 28. marts 2017, der omhandler meningitis og meningokoksygdom. Derudover har regionen gennemgået:

- alle regionens hændelser, der er klassificeret som alvorlig eller potentiel alvorlig for perioden 1.5 2016 til 1.5 2017.
- alle regionens patientsikkerhedsanalyser i perioden 1.5 2016 – 1.5 2017

Hændelserne er indhentet i Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD).

Regionen har endvidere indhentet viden om virksomhedernes aktuelle organisering af patientsikkerhedsarbejdet via spørgeskemaundersøgelser, formøde med risikomanagerne, virksomhedsbesøg, oplæg på første møde samt mødedeltagernes viden og erfaring.

Sammensætning af analyseteam:

Analysegruppen er sammensat bredt for dels at belyse emnet fra så mange vinkler som muligt og dels for at sikre, at handleplaner kan bæres ind i regionens organisation efterfølgende. Analyseteamet kan vælge at supplere sig i analysen såfremt behov opstår. Deltagere skal bidrage med viden omkring kultur, ledelse, læring og patientsikkerhed.

Koncerndirektør (Formand)

Formand for Forum for Kvalitet

Alle vicedirektører med ansvar for patientsikkerhed

To kvalitetschefer

En udviklingschef

En risikomanager

Regional kvalitetschef

Regionale risikomanagere (facilitering og sekretariatsbetjening)

En ledende overlæge

En klinikchef

En oversygeplejerske

En udviklingssygeplejerske

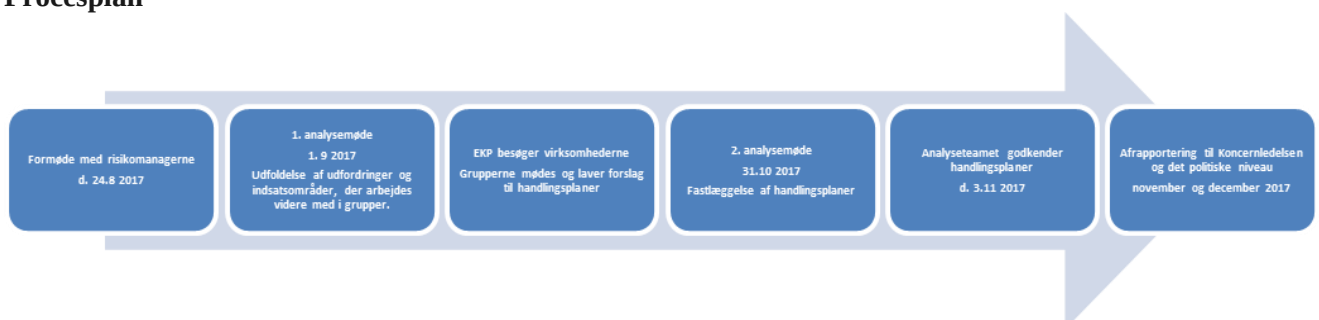
En reservelæge

En pårørende

To repræsentanter fra Center for HR

En repræsentant fra Implement

Procesplan



Punkt nr. 20 - Udmøntning af midler til styrkelse af patientsikkerhedsarbejdet og læring i forhold til hurtigere diagnosticering
Bilag 1 - Side -3 af 10

Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed (EKP) inviterer risikomanagerne fra hospitalerne til et formøde med henblik på indhentelse af kredsens input til analysen. Mellem 1. og 2. møde planlægger EKP et besøg hos kvalitetschefer og risikomanagere på alle hospitaler/virksomheder med henblik på input til analysen og det fremtidige samarbejde omkring patientsikkerhed.

Afrapportering

Afrapportering er planlagt til udgangen af 2017. Herefter vil implementering af handlingsplaner fra analysen ske i løbet af 2018.

Afrapporteringen vil foregå til Koncernledelsen og det politiske niveau.

Hovedpointer fra formøde med Risikomanagernetværk d. 24. aug. 2017

I forbindelse med analyse af læringskultur og risikomanagerens rolle har risikomanagerne været indkaldt til et formøde for at give deres input til analysen.

Nedenfor er hovedpointerne fra formødet samlet.

- Risikomanageren skal have adgang til kliniske systemer (eks. Sundhedsplatformen)
- Ved alvorlige utilsigtede hændelser (UTH) skal ledelserne gå først med, at der skal rapporteres.
- Der skal sikres opfølgning på handleplaner.
- Dagsordenspunkt for patientsikkerhed i kvalitetsråd, punktet skal være fast eks. to gange årligt. Risikomanageren bydes med, når patientsikkerhed er på dagsordenen.
- Tid afsat til patientsikkerhed i risikomanagerens arbejdsdag – patientsikkerhed skal være kerneopgaven.
- Der ønskes en funktionsbeskrivelse for risikomanageren.
- Kompetenceudvikling/uddannelse for risikomanagere (ECTS pointgivende uddannelse).
- Netværk for risikomanagere er vigtigt. Organiseringen af risikomanagerne skal ikke være ens i virksomhederne eller organiseret centralt.
- Tværsektorielle og tværgående analyser mellem hospitaler bliver løst af Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed.
- Udarbejdelse af palette over analysemetoder.
- Regionale vejledninger for UTH arbejdet revideres.

Punkt nr. 20 - Udmøntning af midler til styrkelse af patientsikkerhedsarbejdet og læring i forhold til hurtigere diagnosticering
Bilag 1 - Side -5 af 10

Fordele og ulemper ved nuværende organisering

Til formødet med risikomanagerne blev der brainstormet på fordele og ulemper ved nuværende organisering.

Den nuværende organisering af patientsikkerhedsarbejdet er meget lokal. Forskelle i organisering giver forskellige fordele og ulemper. Der er ligeledes forskellige procedurer for sagsbehandling på hospitalerne – hhv. central og decentral sagsbehandling.

Fordele	Ulemper
Risikomanagerrolle fungerer godt ved centralsagsbehandling. Risikomanager (RM) er tovholder til direktionen	Manglende mandat hos risikomanageren.
RM fungere godt ved decentralsagsbehandling. Også her er RM tovholder	Der angives ikke at være tid til at lære af UTH i afdelingerne.
RM-rollen fungerer godt, når anbefalingen bliver fulgt	Udfordring når der ikke er opbakning i direktionen til, at der skal laves analyser.
Ugentlige anbefalinger til vicedirektør ud fra matrix for ugens hændelser, derefter går det ud til afdelingerne at de skal lave en analyse. Kvalitetschefen er cc.	Udfordring når klinikchefen kan sige nej til den anbefaling, som risikomanageren kommer med.
Afdelingernes opfølgning/ handleplaner på relevante hændelser sendes som orientering til direktionen.	Manglende tilbagemeldinger fra lokale ledelser.
Direktionen lytter og respektere RM's viden og faglighed.	Svært at håndtere afdelinger der ikke har fokus på patientsikkerhed, hvor det ikke prioriteres ift. andre opgaver.
Brug af Redskab til dialog, ift. om der skal gennemføres kerneårsagsanalyse.	Det kan være svært som risikomanager at få et overblik over de tiltag, der bliver taget på afdelingerne.
Når der eksisterer et PatientSikkerheds-Koordinator/Ansvarlig Netværk.	Analyse af egen organisation kan være en udfordring
Mulighed for at have en klinikchef/afdelingsleder fra anden afdeling med i analyserne.	Får man noget ud af at lave en kerneårsagsanalyse
Kontakten til patientsikkerhedskoordinator er vigtig.	Særlig kultur i hver virksomhed
	Tid brugt på Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD)

NOTAT

Direkte 38665369

Virksomhedsbesøg vedr. analyse af læringskultur og risiko- managerens rolle

Journal nr.: 17024676

Dato: 18. oktober 2017

Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed har været på besøg i regionens virksomheder for at tale med kvalitetsorganisationerne bl.a. kvalitetschefen og risikomanagere om samarbejdet om patientsikkerhed internt på hospitalerne og det regionale niveau. Derved er der indhentet input til analysen fra samtlige dele af regionens virksomheder.

Nedenfor er kommentarer og forslag til indsatsområder i analysen opridset:

Overordnede kommentarer til analysen

- Forslag om at ændre i overskriften for kommissoriet for analysen, så det bliver mere bredt om rolle og ansvar i patientsikkerhedsarbejdet fremfor risikomanagerens rolle eksempel – *Læringskultur og roller og ansvar i patientsikkerhedsarbejdet.*
- I forhold til det store antal indsatsområder er der brug for
 - En prioritering af indsatsområderne i forhold til, hvilke områder der er mest vigtige at arbejde med for at øge patientsikkerheden i regionen.
 - En tidsplan for implementering af de valgte indsatsområder med en trinvis udrulning af indsatsområderne.
 - En operationalisering af indsatsområder, og at der udvikles indikatorer til dem, så indsatsområderne kan evalueres.
- Omdrejningspunktet er læring og kultur, det er derfor vigtigt at have ledelsen med. Det er ledelsen, der er kulturbærer. Risikomanageren understøtter arbejdet med patientsikkerhed. Risikomanageren skal derfor være klædt på til opgaven og have råderum til at løse opgaven.

Analyseformer, stærke handlingsplaner og implementering af handlingsplaner

Der var stor efterspørgsel på analysemetoder og viden om, hvordan man udarbejder gode og stærke handlingsplaner, samt hvordan man implementerer handlingsplaner.

- Analyseformer:
Der efterspørges generelt mulighed for og viden om andre analysemetoder end kerneårsagsanalysen. Eksempel på en anden tilgang end kerneårsagsanalysen: dialogbaserede analyser, hvor der tages stilling til læring på kort sigt og læring på lidt længere sigt.
- Handlingsplaner:
Der efterspørges viden om, hvordan man udarbejder stærke og gode handlingsplaner, samt inspiration til at følge op på handlingsplaner.

Punkt nr. 20 - Udmøntning af midler til styrkelse af patientsikkerhedsarbejdet og læring i forhold til hurtigere diagnosticering

Bilag 1 - Side -7 af 10

- **Implementering:**
Der efterspørges implementeringskompetencer, herunder viden om hvordan man skaber ændringer og viden om barrierer for at implementere handlingsplaner. Virksomhederne foreslår, at implementeringskompetencer skal være en kompetenceudviklende del både på uddannelse for risikomanager og på lederprogrammer. Der er brug for, at der er implementeringskompetencer til stede i afdelingerne. Så der derved kommer et øget fokus og viden om implementering i afdelingerne generelt, og ikke kun i forhold til handlingsplaner fra analyser. Desuden er der brug for at få integreret implementering af handlingsplaner i andet strategiarbejde.

Spredning af viden

Det er vigtigt med muligheder for at kunne sprede viden, f.eks. møder i netværk på tværs af afdelinger på et hospital og i netværk på tværs af hospitaler. Spredning skal tænkes både lokalt, regionalt og nationalt.

Inspiration til spredning af viden: Læringspakker fra Dansk selskab for Patientsikkerhed, med nogle overordnede patientsikkerhedsmæssige emner.

Kompetencer i patientsikkerhedsarbejdet

- Der er brug for en mere ensartet uddannelse i patientsikkerhedsarbejdet på flere niveauer, både af risikomanagere, men også at ledelserne er klædt på til patientsikkerhedsarbejdet.
- Det pointeres, at en ny uddannelse af risikomanagere bliver tilpasset til de udfordringer, der er i dag og i fremtiden på patientsikkerhedsområdet f.eks., at der sker en udvikling mod korte forløb på hospitalet, at flere opgaver flyttes fra hospitaler til kommuner, og der kommer udgående funktioner fra hospitalerne. Herunder nævnes ligeledes kompetencer til proaktive risikovurderinger ved flytning af opgaver eller nyetablerede funktioner, opgaver eller projekter.
- Forslag om at koble ny risikomanageruddannelse til den nordiske forbedringsuddannelse.
- Patientsikkerhedsarbejdet bør indtænkes i andre lederprogrammer i regionen.
- Der efterspørges oplæringskurser og uddannelsesprogrammer til nye medarbejdere inden for patientsikkerhedsarbejdet.

Risikomanagerens rolle

Det skal være klart, hvad risikomanagerens ansvar og rolle er – også for de patientløse risikomanagere. Kan man med titlen risikomanager forvente, at risikomanageren kan løse nogle bestemte opgaver? Endvidere bør opgaver være defineret i en funktionsbeskrivelse.

Patientsikkerhedsarbejdet og UTH'er

- I indsatsområderne er der fokus på de alvorlige utilsigtede hændelser, men dette kunne bredes ud, så indsatsområderne også omhandler UTH'er, der ikke er alvorlige, da handlingerne under indsatsområderne vil komme til at påvirke kulturen for alle UTH'er samt fokus på aggregerede analyser.
- Utilsigtede hændelser er en lille del af arbejdet med patientsikkerhed.
- Der efterspørges et større fokus på forebyggelse i patientsikkerhedsarbejdet.

Punkt nr. 20 - Udmøntning af midler til styrkelse af patientsikkerhedsarbejdet og læring i forhold til hurtigere diagnosticering

Bilag 1 - Side -8 af 10

Inddragelse af medarbejdere

Virksomhederne efterspørger en større inddragelse af medarbejdere, så kvalitet kommer helt ud til den enkelte medarbejder, eksempelvis at bruge Kaizen på tavlerne, hvor medarbejdere kan skrive deres ideer løbende og så anvende PDSA på ideerne (Plan Do Study Act).

Kaizen bruges til at skabe løbende forbedringer med enkle værktøjer til at opsamle, prioritere og realisere medarbejdernes innovative ideer.

Man kan lade sig inspirere af den nye kvalitetsmodel, hvor fokus er bottom up –at få handlingerne ud at leve, at fremme en kultur, hvor den enkelte medarbejder kan lave et forbedringsprojekt.

Der skal bygges bro og ledes op af. Patientsikkerhed skal ledes af tre ben: medarbejdere, ledere og patienter og pårørende i en bottom up proces, hvor patientsikkerhedsarbejdet er forankret tæt på patienten Point of Care. Der bør være en selvstændig indsats, hvor vi nytænker hvordan vi arbejder med dette aspekt.

Kvalitetsarbejdet

Der var forslag om at se på kvalitetsarbejdet flerdimensionelt. Der er meget fokus på det faglige (endimensionelt), men kvalitet er også økonomi, service til borger/patienter, personale mm. Hvis man ser på kvalitet i flere dimensioner ved en analyse af en hændelse, vil man få udarbejdet nogle andre typer handlingsplaner end, hvis man kun ser på det faglige. Kvalitetsorganisationen kan give de faglige aspekter, mens man i ledelsesregiet kan se på eks. de økonomiske aspekter. Utilsigtede hændelser er en videnskilde/begivenhed, som skal sammentænkes med øvrige videnskilder eks. klagesager, databaser.

Prioritering af indsatsområder

Hver virksomhed har prioriteret 4 indsatsområder, som de fandt var mest vigtigt at arbejde med i patientsikkerhedsarbejdet, ud af de 13 indsatsområder som analysegruppen har identificeret. Prioriteringen er indhentet som inspiration til analysegruppens prioritering af hvilke handlinger, der iværksættes først.

Nedenfor er indsatsområderne listet efter prioritering fra virksomhedsbesøgene. Top fem blandt indsatsområderne er nr. 3, 10, 1, 6 og 7 (se nedenfor).

Nr.	Indsatsområde	Kommentarer
3	Bedre kompetencer på patientsikkerhedsområdet	Er en forudsætning for arbejdet med de andre indsatsområder
10	Højere kvalitet af analyser og nytænkning i forhold til analysemetoder	
1	Patientsikkerhed skal højere på dagsordenen - større ledelsesprioritering	
6	Stærke handlingsplaner og sikring af opfølgning på handlingsplaner	
7	Spredning af viden	
4	Mere fokus på handling end sagsbehandling	
8	Integrering af UTH og forbedringsarbejdet	Ved at kombinere de to, kan man arbejde mere proaktivt.

Punkt nr. 20 - Udmøntning af midler til styrkelse af patientsikkerhedsarbejdet og læring i forhold til hurtigere diagnosticering
Bilag 1 - Side -9 af 10

11	Større fokus på det proaktive patientsikkerhedsarbejde	Herunder, at man ser på mønstre i ikke alvorlige utilsigtede hændelser.
5	Ensartet god og anerkendende patientsikkerhedskultur	Er en forudsætning for arbejdet med de andre indsatsområder. Der er brug for en klar definition af, hvad en sådan kultur er.
12	Større inddragelse af patienter og pårørende i patientsikkerhedsarbejdet	Forslag om at inddrage patientrepræsentanter i patientsikkerhedsarbejdet
13	Læring af klagesager	Forslag: at indsatsområdet udvides til at inkludere erstatningssager
2	Afklaring af roller og mandat i forhold til UTH arbejdet	Afklare andre roller i patientsikkerhedsarbejdet ud over risikomanagerens.
9	Handle hurtigere efter en alvorlig UTH	

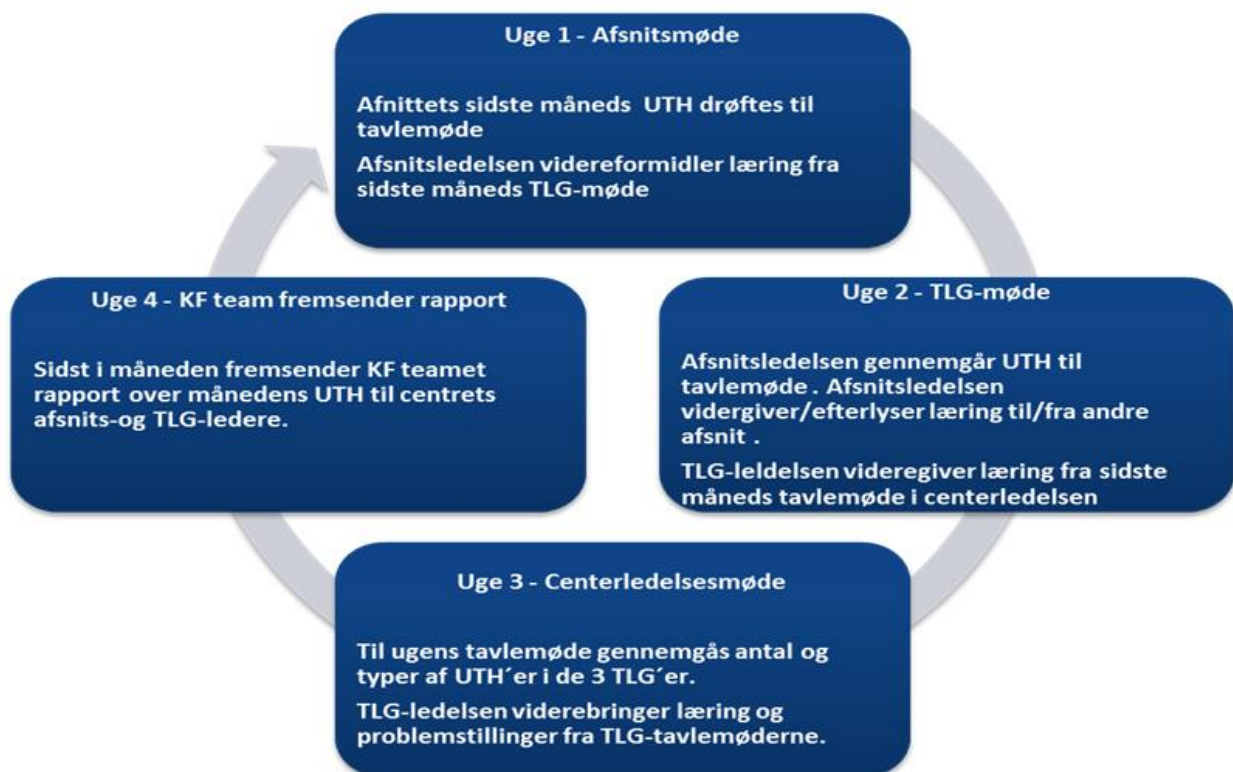
Indledende bemærkninger

Nærværende oversigt illustrerer de månedlige ind rapporterede UTH'er i de enkelte døgnafsnit i Børne- og ungdomspsykiatrisk Center.

For hvert afsnit er dels angivet en oversigt over samlet antal indrapporterede UTH pr. måned, dels en oversigt over indrapporterede UTH fordelt over året.

UTH bliver et fast element i forbedringstavlerne på alle niveauer i centeret:

- Sidste hverdag i måneden genererer kvalitetskoordinator rapport over UTH og sender til afsnitsledelser, afdelingsledelser og centerledelse
- På månedens første tavlemøde i afsnittene drøftes sidste måneds UTH 'er. Afsnitsledelsen videregiver læring fra TLG-tavlen.
 - Er forbedringstavlen placeret i areal, hvortil patienter og pårørende har adgang, vurderes det fra gang til gang, om hele rapporten kan hænges på tavlen, eller om dette ikke af diskretionshensyn kan lade sig gøre.
 - Afsnitsledelsen vurderer ligeledes, om drøftelsen af UTH-rapporten kan foregå ved tavlen, eller om den af diskretionshensyn må henlægges til et lukket rum.
- På månedens andet TLG-tavlemøde gennemgås UTH 'er fra afsnit. Afsnitsledelserne videregiver læring og efterspørger inspiration fra afsnittene. TLG-ledelsen videregiver læring fra centertavlen.
 - TLG-ledelserne har ansvar for at UTH-rapporter er på tavlerne.
- På månedens tredje tavlemøde i CL gennemgås oversigt over antal og typer UTH 'er i de 3 TLG'er. Afdelingsledelserne viderebringer læring og problemstillinger fra TLG-tavlemøderne.
- På alle 3 niveauer kan nedsættes arbejdsgrupper til problemløsning.



Tværgående analyse af diagnosticering af meningitis og meningokoksygdom

September 2017

Indhold

Resumé	3
Indledning og formål	5
Metode	7
Aggregeret kerneårsagsanalysemodel	7
Analyseteamet	7
Analysegrundlag	9
Faglig viden vedrørende meningitis og meningokoksygdom	9
Utsigtede hændelser - Hvilke mønstre og tendenser er der i de rapporterede hændelser og hvad er.....	12
udfordringerne?	12
Mønstre og tendenser	13
Vurdering af hændelsernes alvorlighed.....	14
De alvorligste utsigtede hændelser	14
Patienter og pårørendes oplevelser og erfaringer	15
Manglende kendskab til symptomer på meningitis og meningokoksygdom hos sundhedspersoner og borgere	15
Varierende faglige kompetencer hos sundhedspersoner	16
Manglende lydhørhed fra sundhedspersoner.....	16
Manglende kendskab til muligheden for vaccination hos borgere	16
Analyse: Hvorfor sker hændelserne, og hvad er de underliggende årsager?	17
Analysen identificerede følgende problemområder:	17
Handlingsplaner: Hvordan forhindrer vi, at lignende hændelser sker igen?	19
Handlingsplan nr.1 – Udvikle overordnet indikator, der måler tiden fra patientens første kontakt til sundhedsvæsenet til behandling er påbegyndt.	21
Handlingsplan nr. 2 – Etablere forbedringsprojekt på pilothospital, der omhandler samarbejde omkring akutte patienter og lokal kultur omkring håndtering af fejl med henblik på efterfølgende bred implementering.	22
Handlingsplan nr. 3 – Etablere simulationstræning, der øger samarbejde og mindsker fixation omkring den uafklarede patient.	23
Handlingsplan nr. 4 – Øge brugen af patienter og pårørendes bekymring som anledning til at revurdere det sundhedsfaglige respons.....	24
Handlingsplan nr. 5 – Forbedre forudsætning for inddragelse af patienter og pårørendes viden i forbindelse med udredning	25
Handlingsplan nr. 6 - Undgå hjemsendelse af patienter med udestående akutte prøvesvar.	26
Handlingsplan nr. 7 – Forbedre procedurer omkring genhenvendelse og sikre kendskab til patientforløb.	27
Handlingsplan nr. 8 - Sikre klare og handlingsanvisende vejledninger omkring lumbalpunktur.	29
Handlingsplan nr. 9 - Etablere et læringskoncept for at øge viden hos sundhedsprofessionelle om meningitis og meningokoksygdom.....	29
Handlingsplan nr. 10 – Sikre vidensdeling nationalt.....	30
Opfølgning.....	32
Bilag	33
Litteratur og vejledninger	34

Resumé

På baggrund af flere dødsfald efter meningitis og meningokoksygdom i de senere år har Region Hovedstaden gennemført en aggregeret kerneårsagsanalyse af diagnostik af disse sygdomme. Analysen blev gennemført af et bredt sammensat team med deltagelse af personale, pårørende og eksperter i meningitis, meningokoksygdom og forbedringsarbejde. Analysen tog udgangspunkt i en opsamling af de seneste års rapporterede utilsigtede hændelser på området, nyeste viden om meningitis og meningokoksygdom og erfaringer fra patienter og pårørende.

Analysens mål er at reducere risikoen for dødsfald af meningitis og meningokoksygdom, og analyseteamet pegede her på ét centralt målbart succeskriterie: nemlig at *reducere tiden* fra patientens første kontakt til sundhedsvæsenet til relevant behandling er påbegyndt.

Analyseteamet arbejdede med en lang række problemområder og identificerede med udgangspunkt i disse fire indsatsmål som samlet set vurderes at kunne bidrage til det overordnede mål:

- Mindske fixation¹ og øge samarbejde om udredning og diagnostik
- Øge inddragelse af patienter og pårørende
- Sikre hurtig behandling
- Opdatere viden hos personale og borgere

Analyseteamets arbejde resulterede i ti konkrete handlingsplaner:

- To større indsatser
 - Etablering af et læringskoncept med e-læring omkring meningitis og meningokoksygdom og
 - Systematisk simulationstræning af alle ansatte i akutmodtagelser i samarbejde og kommunikation omkring den uafklarede patient.
- Et forbedringsprojekt på et pilothospital, der skal forbedre samarbejde om akutte patienter, herunder lokalt arbejde med kultur for læring.
- Fem nye arbejdsgange om prøvetagning, pårørendeinddragelse samt genhenvisninger.
- Et møde med Sundhedsstyrelsen og Styrelsen for Patientsikkerhed for at viderebringe analysens viden og overvejelser om vaccination og befolkningens viden om meningitis og meningokoksygdom.

Samt

- Udvikling af en indikator til monitorering af handlingsplanernes samlede effekt. Indikatoren skal måle tiden fra patientens første kontakt til sundhedsvæsenet til behandling iværksættes.

Analyseteamet har koncentreret sig om at formulere indsatser, der vil kunne reducere risikoen for forsinkelser i diagnostik af meningitis og meningokoksygdom, men mange af

¹ Fixation betyder, at sundhedspersoner kan komme til at fastholde fokus på et (forkert) symptom eller diagnose længere end godt er.

Punkt nr. 20 - Udmøntning af midler til styrkelse af patientsikkerhedsarbejdet og læring i forhold til hurtigere diagnosticering
Bilag 2 - Side -4 af 34

handlingsplanerne har et bredere fokus, der vil kunne forbedre diagnostikken af akutte patienter bredt. Det planlagte læringskoncept vil ligeledes blive udviklet, så det efterfølgende kan anvendes til andre tilstande eller diagnoser.

Teamet har endvidere identificeret de råd og udvalg, som i samarbejde med relevante stabe skal stå for implementeringen. For at sikre fremdriften af handlingsplanerne, afreporterer analysens formand og regionens kvalitetschef til Koncerndirektionen efter 3, 9 og 12 månederⁱ.

Indledning og formål

Der har i de seneste år været flere dødsfald grundet meningitis og meningokoksygdom i Region Hovedstaden. Der har været rejst spørgsmål ved, om nogle af disse dødsfald kunne have været forhindret. Derfor har Region Hovedstadens direktion besluttet at igangsætte en tværgående analyse, som skal afdække muligheder for at forbedre diagnosticeringen af meningitis og meningokoksygdom.

Analysen er tværgående og dækker den præhospital virksomhed og alle hospitaler i regionen og understøttes af de regionale risikomanagere i Center for Sundhed. Vicedirektøren for Bornholms Hospital blev udpeget som formand.

Formanden sammensatte teamet sammen med Center for Sundhed. Det blev vurderet, at det var væsentligt for kvalificering af problemområderne, at patienter og pårørende blev en del af teamet. Konkret blev der taget kontakt til tre forældrepar, der i offentligheden havde udtrykt ønske om at være med til at forbedre diagnostik og behandling af meningitis. To af disse ønskede at deltage. Herudover lagde regionen en meddelelse på hjemmesiden, hvor øvrige patienter eller pårørende blev opfordret til at søge kontakt.

Analyseteamet bestod derudover af sundhedspersoner med direkte patientkontakt og eksperter udpeget fra de relevante Sundhedsfaglige råd. Statens Serum Institut deltog med en ekspert på området. Dansk Selskab for Patientsikkerhed og Implement Consulting Group supplerede teamet med eksperter i forbedring og metoder hertil.

Analysearbejdet tog udgangspunkt i utilsigtede hændelser, pårørendes oplevelser og nyeste faglige viden vedrørende meningitis og meningokoksygdom.

Gennemgangen af de utilsigtede hændelser viste, at fejl med de alvorligste konsekvenser især ses ved forsinket erkendelse af diagnosen. I analysen er formålet derfor afgrænset til at formulere handlingsplaner, rettet mod forsinket erkendelse og diagnostik af meningitis og meningokoksygdom.

Det er analyseteamets vurdering, at handlingsplanerne samlet vil kunne reducere risikoen for forsinkelser i diagnostik af meningitis og meningokoksygdom. Samtidig er der ingen tvivl om, at meningitis og meningokoksygdom er meget alvorlige sygdomme, der trods rettidig diagnose og behandling kan føre til død. Det er analyseteamets forventning at analysens handlingsplaner bidrager til at give patienterne de bedst mulige betingelser for at overkomme deres sygdom, men der er også enighed om, at der fortsat vil kunne ses dødsfald efter meningitis og meningokoksygdom.

Nogle af de tragiske forløb med meningitis og meningokoksygdom har også givet anledning til at drøfte Region Hovedstadens generelle håndtering og læring af fejl og utilsigtede hændelser. Undervejs i analysen blev det besluttet, at analysens genstandsfelt skulle udvides til også at omfatte, hvordan god kultur for læring fra utilsigtede hændelser under-

Punkt nr. 20 - Udmøntning af midler til styrkelse af patientsikkerhedsarbejdet og læring i forhold til hurtigere diagnosticering
Bilag 2 - Side -6 af 34

støttes samt risikomanagerens rolle. Der vil blive nedsat en separat arbejdsgruppe til denne del af analysen, som vil blive afrapporteret selvstændigt i slutningen af 2017.

Analysens kommissorium er vedhæftet som bilag nr.1.

Metode

Aggregeret kerneårsagsanalysemodel

Utilsigtede hændelser kan analyseres ved hjælp af forskellige metoder. Én metode er kerneårsagsanalyse – en systematisk metode til afdækning af en hændelse i forhold til *hvad* der skete, *hvorfor* det skete, og *hvordan* man undgår, at en lignende hændelse opstår igen.

Denne analyse blev gennemført som en *aggregeret* kerneårsagsanalyse. Det vil sige en kerneårsagsanalyse af flere utilsigtede hændelser af samme karakter, opsamlet over en given tidsperiode. Metodisk følger analysen de samme trin som den enkeltstående kerneårsagsanalyse, dog er det skriftlige datamateriale alene de rapporterede utilsigtede hændelser (ikke journalnotater osv.). Hændelsesrapporter kan være meget forskellige og give et mere eller mindre klart billede af selve hændelsen, og hvordan den kunne have været forhindret. Når de beskrevne udfordringer og problemområder kvalificeres yderligere af et bredt sammensat team af fagpersoner, kan de give et værdifuldt grundlag for forbedring². I praksis blev den aggregerede analyse gennemført over tre møder. På det første møde var hovedvægten på forskellige oplæg for at sikre fælles viden. På de to næste møder blev problemer indenfor meningitisbehandling drøftet, og der blev identificeret indsatsområder og konkrete handlingsplaner, herunder et stærkt fokus på ansvar og opfølgning. Rapporten vil blive godkendt af Koncernledelsen og skal forelægges politisk.

Analyseteamet

Vicedirektør fra Bornholms Hospital Jonas Egebart blev af koncerndirektionen udpeget som formand for analysen. Analyseteamet bestod af pårørende og sundhedspersoner. Sidstnævnte både med direkte patientkontakt og med eksperter udpeget fra de relevante Sundhedsfaglige råd. Statens Serum Institut deltog med en ekspert i infektionsepidemiologi og vaccination. Dansk Selskab for Patientsikkerhed deltog med en ekspert i forbedringsmetoder. Konsulentfirmaet Implement Consulting Group blev tilknyttet som ekstern facilitator og ekspert i forbedringsvidenskab.

Følgende deltog i analyseteamet:

- Pårørende til patienter med meningitis / meningokoksepsis
- Næstformanden for Sundhedsfagligt Råd for Pædiatri
- En læge med pædiatrisk speciale
- En sygeplejerske med tjeneste i en børnemodtagelse
- Næstformanden for Sundhedsfagligt Råd for Infektionsmedicin
- En ledende overlæge fra kliniske mikrobiologisk afdeling udpeget af Sundhedsfagligt

² kilde: Dansk Selskab for Patientsikkerheds publikation om Aggregeret kerneårsagsanalyse fra 2006.

Punkt nr. 20 - Udmøntning af midler til styrkelse af patientsikkerhedsarbejdet og læring i forhold til hurtigere diagnosticering
Bilag 2 - Side -8 af 34

Råd for Mikrobiologi

- En ledende oversygeplejerske fra en akutmodtagelse
- En leder fra Den Præhospitale Virksomhed med indsigt i både 1813 og akutlægebiler
- En yngre læge ansat på en medicinsk afdeling
- En intensiv sygeplejerske tilknyttet de Mobile Akutteam
- En praktiserende læge
- En repræsentant fra Statens Serum Institut, Afdeling for Infektionsepidemiologi og Forebyggelse
- En repræsentant fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed
- En læge fra Region Hovedstadens Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed
- En konsulent fra Implement Consulting Group

Analysegrundlag

Analysens grundlag er opsummeret indledningsvis og gennemgås efterfølgende mere detaljeret.

Analysens empiriske grundlag:

- Faglige erfaringer med meningitis og meningokoksygdom
- Statistisk viden om forekomst, udviklingsbillede og vaccination
- Utsigtede hændelser
- Patienter og pårørendes oplevelser

Analysens teoretiske grundlag:

- Nyeste forskning inden for meningitis og meningokoksygdom herunder symptomatologi og diagnosticering
- Nyeste viden om vaccination

Faglig viden vedrørende meningitis og meningokoksygdom

Som grundlag for analysen fik analyseteamet på første møde gennemgået den nyeste faglige viden om meningitis, meningokoksygdom og vaccination via korte oplæg.

Om meningokoksygdom hos børn og unge:

Overordnet erfarer analysegruppen, at meningokoksygdom kan være en svær diagnose at stille tidligt i forløbet. Sygdommen er relativt sjælden, og dermed er de fleste lægers erfaring begrænset. Sygdommen udvikler sig typisk over meget kort tid, og der er ingen symptomer eller biokemiske prøver, der med sikkerhed kan af- eller bekræfte diagnosen på indlæggelsestidspunktet. For grundigere faglig gennemgang henvises til bilagene, men **analyseteamet hæftede sig ved følgende fakta:**

- De alvorligste sygdomme, som meningokokbakterien (*Neisseria meningitidis*) kan medføre, er hjernehindebetændelse (meningitis) og blodforgiftning (sepsis). Disse sygdomme kan optræde enkeltvis eller samtidigt og kaldes under ét meningokoksygdom.

Forekomst af meningokoksygdom

- Antallet af meningokoksygdom tilfælde har været gradvist faldende i en årrække – der var 37 tilfælde i 2016 blandt både børn og voksne.
- Sygdommen er derved relativt sjælden, og de færreste læger vil have prøvet at diagnosticere et barn med meningokoksygdom.
- Blandt børn og unge er tilstanden hyppigst i alderen < 2 år og 13-19 år, men ses i alle aldre.

Forløb af sygdommen

- De fleste tilfælde af meningokoksygdom forløber meget hurtigt (over 12-24 timer), hvor tilstanden går fra at være stabil til at være livstruende.
- Dødeligheden blandt børn og unge med meningokoksygdom er ca. 6 % i Danmark, svarende til dødeligheden i andre europæiske lande.
- Dødeligheden er højere ved sepsis end ved meningitis.
- Tidlig diagnostik og behandling af meningokoksygdom kan forbedre prognosen.

Symptomer

- De første symptomer på meningokoksygdom omfatter feber, sløvhed, spisevægring og irritabilitet hos mindre børn og feber, kvalme og opkastninger samt hovedpine hos større børn. Derudover er forkølelsessymptomer hos mindre børn og smerter i halsen hos større børn blandt de tidligste tegn hos ca. en fjerdedel af de børn, som har meningokoksygdom. Disse uspecifikke symptomer er årsag til, at diagnosen i starten kan være svær at stille, da sygdommen kan ligne andre mindre farlige sygdomme som eksempelvis influenza.
- Tidlige symptomer omfatter også muskelsmerter og **smerter i benene**.
- Ved akut opstået febersygdom, hvor der ikke findes behov for indlæggelse, er det derfor vigtigt at informere forældre til børn og unge om at henvende sig igen inden for samme døgn, hvis tilstanden forværres.
- **Udtalt forældrebekymring og genhenvendelser** ved akut sygdom bør foranledige skærpet opmærksomhed hos lægen.
- De **klassiske tegn** på meningokoksygdom som nakke-rygstivhed, hudblødninger og/eller septisk shock forekommer **kun hos ca. halvdelen** af børn med meningokoksygdom. Disse kliniske fund opstår dog ofte mere end 12 timer efter de første symptomer.
- Det er vigtigt at bemærke, at **op til 20 % af børn med meningokoksygdom ikke har feber** ved ankomst til hospitalet, men de fleste har haft feber inden for det seneste døgn.
- Hudblødninger er karakteristisk for meningokoksygdom, men ses kun hos 50-75%.
- Hudblødninger < 2 mm betegnes petekkier, mens hudblødninger > 2 mm betegnes purpura.
- Kun 1-2 børn ud af 100 børn med petekkier har meningokoksygdom. Størstedelen af de børn som har feber og petekkier, har virus sygdom, der ikke kræver behandling.
- Risikoen for meningokoksygdom er markant forøget, hvis én eller flere hudblødningerne er > 2 mm i diameter
- Risikoen for meningokoksygdom er forøget, hvis hudblødningerne er fordelt på hele kroppen.
- Unge med petekkier kræver skærpet opmærksomhed, da der er en højere forekomst af meningokoksygdom i denne aldersgruppe.

Undersøgelse for sygdommen

- Der findes ingen biokemiske undersøgelser, hvormed man kan be- eller afkræfte meningokoksygdom på indlæggelsestidspunktet.
- De fleste børn, som har akut meningokoksygdom, har markant forhøjet C-reaktivt protein (CRP)-niveau i blodprøverne, men op til 10 % har normalt eller kun let forhøjet CRP-niveau på indlæggelsestidspunktet.
- 75 % af de børn, som har meningokoksygdom, har normalt eller lavt leukocytniveau i blodprøverne på indlæggelsestidspunktet.
- I de gældende behandlingsvejledninger står der, at lumbalpunktur skal udføres akut ved mistanke om meningokoksygdom, hvis der ikke er kontraindikationer, og såfremt undersøgelsen ikke forsinker antibiotikabehandling.
- Ved mistanke om meningokoksygdom bør der tages blod fra til dyrkning hurtigst muligt og helst inden behandling med antibiotika gives.

Kilde: Oplæg ved Ulrikka Nygaard og Karen Vitting Andersen.

Der kan læses mere om den faglige viden om meningitis og meningokoksygdom i bilag nr.2 og 3.

Om vaccination mod meningokoksygdom:

Mulige fordele, ulemper og udfordringer ved at indføre vaccination blev drøftet i analysen.

- For at indføre en vaccine skal disse generelle kriterier være opfyldt:
 - Sygdommen skal have en vis alvorlighed og hyppighed.
 - Der skal være bred erfaring med vaccinen blandt børn.
 - Der skal være tilstrækkelig dokumentation for gavnlig virkning i forhold til eventuelle bivirkninger.
 - Det skal sikres, at vaccinen passer ind i det eksisterende vaccinationsprogram (at den ikke påvirker andre vacciner negativt).
 - Indførelse af vaccinen skal være samfundsøkonomisk rimelig.
- Antallet af MS tilfælde har været gradvist faldende i en årrække. De fleste dødsfald af meningokoksygdom forekommer blandt ældre mennesker, som ikke vil være omfattet af et børnevaccinationsprogram.
- Meningokokker er ikke den eneste årsag til meningitis og sepsis.
- Meningokokker inddeles i 8 grupper (A,B, C, W135, X, Y, Z og 29A).
- Meningokokgruppe B og C er de hyppigste.
- Der findes ingen vacciner, der beskytter mod alle grupper.
- Det er forholdsvis nyt, at man kan vaccinere mod gruppe B og der er endnu ikke så stor erfaring med vaccinen.
- Fælles for de eksisterende vacciner er:
 - der skal vaccineres af flere omgange
 - den præcise varighed af beskyttelsen er ikke kendt
- Vaccination mod meningokoksygdom er ikke en del af det danske vaccinationsprogram. I det danske vaccinationsprogram indgår aktuelt 9 vacciner.
- Man kan vælge selv at betale for vaccinen.
- I nogle lande har man valgt at indføre vaccination mod meningokoksygdom.

- I England har man en højere forekomst af meningokoksygdom end i Danmark. England har indført vaccination mod grupperne A,B,C,Y og W135. Alle børn får 5 vaccinationer mod meningokoksygdom.
- Det er Sundhedsministeriet, der på baggrund af Sundhedsstyrelsens indstilling beslutter om der er grundlag for at indføre et vaccinationsprogram i Danmark. Sundhedsstyrelsen har hidtil vurderet, at der ikke er tilstrækkeligt grundlag.

Kilde: Staten Serum Institut.

Der kan læses mere om vaccination mod meningokoksygdom og meningitis i bilag nr. 4 og 5.

Utsigtede hændelser - Hvilke mønstre og tendenser er der i de rapporterede hændelser og hvad er udfordringerne?

Region Hovedstaden har gennemgået alle regionens rapporterede utsigtede hændelser fra 2015 til 28. marts 2017, der omhandler meningitis og meningokoksygdom. Hændelserne er fundet i Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD). Der blev identificeret 76 utsigtede hændelser, der omhandlede udredning og behandling af patienter mistænkt for meningitis eller meningokoksygdom. Ved flertallet af de utsigtede hændelser, der blev identificeret, var den mulige alvor for patienten minimal. Enten fordi patienten viste sig ikke at have meningitis, eller fordi hændelsen var af en karakter, der havde ingen eller beskeden betydning for behandlingen.

Personalet har dog alligevel valgt at rapportere hændelsen, typisk fordi de har oplevet, at arbejdsgangene for håndtering af patienter mistænkt for meningitis har været uhensigtsmæssige. Der har været en oplevelse af, at de utsigtede hændelser potentielt kunne være alvorlige og et ønske om at lære af disse hændelser uanset, at de i den konkrete situation ikke medførte skade. Dette er helt i tråd med Region Hovedstadens ønske om at understøtte en god patientsikkerhedskultur og en læringskultur.

Det skal understreges, at rapportering af utsigtede hændelser sker med henblik på læring og forbedring af sundhedsvæsenet. Utsigtede hændelser giver et værdifuldt indblik i behandlingsforløb – typisk beskrevet af det personale, patient eller pårørende, som selv var til stede og er dermed væsentlige i et patientsikkerhedsmæssigt perspektiv.

Data fra DPSD er ikke velegnede til kvantitative opgørelser (at forholde sig til antal), og utsigtede hændelser kan ikke anvendes som mål for kvalitet.

Mønstre og tendenser

De 76 utilsigtede hændelser beskriver forskellige udfordringer, som kan inddeles følgende hovedkategorier:

- Uhensigtsmæssig visitation
- Forsinket erkendelse af diagnose
- Forsinket prøvetagning eller behandling (når diagnosen er kendt/mistænkt)
- Problemer i forbindelse med prøvetagning
- Problemer i forbindelse med medicingivning
- Manglende hygiejniske forholdsregler

Nedenfor bliver hver kategori uddybet.

Uhensigtsmæssig visitation:

Utilsigtede hændelser, der omhandler visitation af patienter. Ifølge rapportøren burde patienten have været tilset eller transporteret hurtigere eller til et andet sted med henblik på vurdering af symptomer, som kunne være forenelige med meningitis eller meningokoksygdom.

Forsinket erkendelse af diagnose:

Utilsigtede hændelser, der omhandler patienter, der har meningitis, hvor rapportøren har oplevet, at der er gået for lang tid, før diagnosen blev mistænkt.

Forsinket prøvetagning eller behandling (når diagnosen er kendt/mistænkt):

Utilsigtede hændelser, der omhandler patienter, der mistænkes for mulig meningitis, men som har ventet på relevant undersøgelse eller behandling.

Problemer i forbindelse med prøvetagning:

Utilsigtede hændelser, der omhandler problemer i forbindelse med prøvetagning. Når diagnosen meningitis skal stilles eller afkræftes, skal der tages flere prøver – både blodprøver og lumbalpunktur (spinalvæskeprøver fra rygmærken). Prøverne skal analyseres forskellige steder, nogle skal undersøges for bakterier på en mikrobiologisk afdeling, nogle analyseres på en klinisk biokemisk afdeling.

Det kan være vanskeligt at tage lumbalpunkturen. Det kræver det rette udstyr, og prøverne skal analyseres i løbet af kort tid. På nogle hospitaler skal prøverne sendes med taxa til et andet hospital til analyse. I disse processer opleves der fejl i forløb, hvor eksempelvis prøverne sendes til en forkert afdeling, bliver glemt i et køleskab eller lignende.

Problemer i forbindelse med medicingivning:

Utilsigtede hændelser, der omhandler patienter, der er i behandling for meningitis, hvor medicingivning har været forsinket eller i forkert dosis.

Manglende hygiejniske forholdsregler:

Utilsigtede hændelser, der omhandler patienter mistænkt for meningitis, som ikke er blevet isoleret efter forskrifterne.

Vurdering af hændelsernes alvorlighed

Den mulige alvor for patienterne er vurderet ud fra teksten i de rapporterede hændelser.

De utilsigtede hændelser, hvor den mulige konsekvens blev vurderet som alvorlig falder hovedsagligt inden for kategorierne *forsinket erkendelse af diagnose og forsinket prøvetagning eller behandling*. I enkelte af disse hændelser ender patienten med at dø af meningitis eller meningokoksygdom. Det kan ikke afgøres med sikkerhed om en utilsigtet hændelse, som eksempelvis en forsinkelse af diagnosen på nogle timer, ændrer ved behandlingsresultatet. Meningitis er en alvorlig sygdom, der trods rettidig behandling kan medføre død, men udgangspunktet i patientsikkerhedsarbejdet er, at sundhedsvæsenet skal sørge for, at patienten altid har de bedst mulige betingelser for at overkomme sin sygdom.

De alvorligste utilsigtede hændelser

De utilsigtede hændelser, hvor den mulige konsekvens blev vurderet som alvorlig kan opdeles i 3 grupper:

- **Unge mennesker med meningokoksepsis.** Disse hændelser falder hovedsageligt inden for kategorierne *forsinket erkendelse af diagnosen og uhensigtsmæssig visitation*. I flere af forløbene udvikles hudblødninger, nogle i form af petekkier, nogle i form af større blødninger (beskrevet som sorte eller blå mærker). I flere af forløbene er der ved kontakt til sundhedsvæsenet ikke pågående feber eller nakke-rygstivhed. I flere af forløbene bliver de unge mennesker ikke opfattet som værende alvorligt syge af pludselig opstået sygdom. I ét af forløbene ses der ved første kontakt normale blodprøver (infektionstal). I alle forløbene er der flere kontakter til sundhedsvæsenet.
- **Midaldrende og ældre mennesker med meningitis forårsaget af bakterier.** I flere af tilfældene drejer det sig om meningitis med bakterien pneumokokker. Der ses indlæggelser af patienter, hvor indlæggelsesårsagen er uspecifik (fald, dehydrering, konfusion) og hvor patientens blodtryk, puls, temperatur og bevidsthed er stort set normale, hvilket gør, at de ikke tilses akut af læge. Ved lægeligt tilsyn (typisk efter nogle timer) findes patienterne oftest nakke-rygstive, og herefter iværksættes relevant behandling. I enkelte af disse hændelser bliver meningitis diagnosen mistænkt tidligt, men udredning og behandling bliver forsinket.
- **Mennesker der har fået foretaget et kirurgisk indgreb (eksempelvis operation i hjernen eller rygmarsbedøvelse).** I hændelserne beskrives at patienterne i efterforløbet af en operation udvikler meningitis forårsaget af bakterier. Der gives udtryk for, at udviklingen af meningitis er en kendt komplikation, men der stilles spørgsmål ved, om diagnosen kunne være opfanget tidligere i forløbet.

Patienter og pårørendes oplevelser og erfaringer

Region Hovedstaden valgte at inddrage patienter og pårørende i analysen, fordi deres viden og erfaringer blev vurderet som væsentlige. De blev både inddraget som medlemmer i analyseteamet og via Regionens hjemmeside, hvor patienter og pårørende blev opfordret til at henvende sig med oplevelser med meningitis og meningokoksygdom – både de gode og de dårlige oplevelser.

Det havde stor værdi for analyseteamet, at de pårørende deltog og var inddraget i analyseprocessen. De havde gjort sig væsentlige erfaringer og refleksioner i forbindelse med mødet med sundhedsvæsenet, og de var gode til at stille spørgsmål ved nogle af de ting, som sundhedsvæsenet i højere grad tager for givet.

Regionen modtog to henvendelser på baggrund af opslaget på hjemmesiden – de to henvendelser belyste væsentlige problematikker, men opslag via hjemmesiden var i denne sammenhæng mindre effektiv, idet målet var at modtage flere henvendelser. Teamets pårørenderepræsentanter havde dog et stort netværk og kunne bidrage med mange patient- og pårørendeoplevelser indhentet gennem de sociale medier (over 50), og dermed blev patienter og pårørendes oplevelser og erfaringer i høj grad belyst.

Overordnet kan patienternes og de pårørendes oplevelser kategoriseres i følgende temaer:

- En oplevelse af sundhedspersoners og egen manglende kendskab til symptomer på meningitis og meningokoksygdom
- En oplevelse af varierende faglige kompetencer hos sundhedspersoner
- En oplevelse af manglende lydhørhed fra sundhedspersoner
- Manglende kendskab til muligheden for vaccination hos borgere

Manglende kendskab til symptomer på meningitis og meningokoksygdom hos sundhedspersoner og borgere

Der blev både beskrevet manglende kendskab til relevante symptomer hos borgere og hos sundhedsprofessionelle. Meningitis og meningokoksygdom kan (især i starten) vise sig med de samme symptomer som influenza – og det bliver beskrevet, at både patienter, pårørende og sundhedspersoner kan have svært ved at skelne. Flere pårørende beskriver, at patienten ikke udviklede nakke-rygstivhed eller hudblødninger, men havde mere uspecifikke symptomer som feber, hovedpine, opkastninger og lysskyhed – hvilket i nogle tilfælde førte til, at sygdommen ikke blev opdaget ved første kontakt til sundhedsvæsenet.

- Manglende nakke-rygstivhed: Mange beskriver, at der ikke er tilstrækkeligt kendskab blandt hverken borgere eller sundhedsprofessionelle til, at meningitis og især meningokoksygdom ikke nødvendigvis medfører nakke-rygstivhed. Der er flere, der beskriver at være blevet afvist af sundhedsvæsenet med begrundelsen om, at der ikke var nakkeryg-stivhed.
- Hudblødninger (petekkier, purpura, ekkymoser og suggillationer): Patienter og pårørende beskriver manglende kendskab til hudblødninger som alarmsymptom – enkelte beskriver, at de ville ønske, at de havde haft kendskab til dette, så de måske kunne have observeret tættere eller handlet hurtigere.

Det beskrives også, at sundhedspersoners kendskab til hudblødninger er mangelfuldt og fejltolkes som andre former for udslæt.

Varierende faglige kompetencer hos sundhedspersoner

Gennemgangen af patient- og pårørendeoplevelser viste, at der ikke altid opleves tilstrækkelig faglig kompetence hos de sundhedsprofessionelle, der har håndteret patienter med meningitis og meningokoksygdom.

Manglende lydhørhed fra sundhedspersoner

Flere pårørende har oplevet, at det var svært at få sundhedspersoner til at lytte til deres bekymringer – flere har følt sig afvist, og deres opfattelse af situationens alvor blev ikke respekteret eller taget seriøst. Nogle beskriver, at det kun lykkedes at få deres pårørende i behandling ved at være meget insisterende. Flere pårørende har nævnt diagnosen ”meningitis” overfor sundhedspersonale, uden der blev handlet tilstrækkeligt herpå.

Manglende kendskab til muligheden for vaccination hos borgere

Flere beskriver, at de ville ønske, at de havde vidst, at det var muligt at vaccinere mod nogle typer af meningitis og meningokoksygdom, eller at de vil overveje at få deres børn vaccineret.

Læs mere om en pårørendes tanker og oplevelser i bilag nr. 6 ”Tanker omkring muligheder og tiltag til reduktion af fatale tilfælde af meningitis og meningokoksepsis” af Ivar G. Petersen.

Analyse: Hvorfor sker hændelserne, og hvad er de underliggende årsager?

Med afsæt i viden om typiske gode og dårlige forløb samt utilsigtede hændelser stillede analyseteamet på første møde en række undringsspørgsmål. Spørgsmålene blev efterfølgende grupperet i problemområder og analyseret med henblik på at opstille hypoteser på underliggende årsager.

Andet møde tog afsæt i de grupperede problemområder. Teamet blev opdelt i mindre arbejdsgrupper, der diskuterede problemområderne og mulige handlinger, der kunne afhjælpe problemerne. Efter andet møde blev alle input til handlingsplaner samlet op, bearbejdet og uddybet med tid, ansvar og implementeringsforudsætninger.

På tredje møde blev mere detaljerede handlingsplaner gennemgået en for en, og hele teamet havde lejlighed til at komme med input og justeringer til de handlingsplaner, der var opstillet. Der var her et stærkt fokus på ansvar og opfølgning.

Analysen identificerede følgende problemområder:

1. Manglende inddragelse af patienter og pårørendes viden

De utilsigtede hændelser, patienters oplevelser og teamets erfaringer viste, at der i Region Hovedstaden ikke findes en tilstrækkelig udbredt stærk kultur for inddragelse af patienter og pårørende.

2. Prøvetagning som forsinkende barriere

Analysen beskæftigede sig med flere relevante hypoteser om, hvordan man kunne undgå forsinkende processer i udredningsfasen. Blandt andet hvordan vi sikrer, at det at skulle tage en lumbalpunktur (rygmarvsprøve) ikke bliver en barriere for at udrede patienter for meningitis.

3. Utilstrækkelig viden om meningitis og meningokoksygdom hos sundhedsprofessionelle

Både de utilsigtede hændelser og de pårørendes oplevelser viste, at der hos nogen sundhedsprofessionelle er en utilstrækkelig viden om meningitis og meningokoksygdom - særligt om hvordan sygdommen kan præsentere sig.

4. Fixation³ og utilstrækkeligt samarbejde blandt sundhedsprofessionelle

Analysen konkluderede at samarbejdet blandt sundhedsprofessionelle ikke var tilstrækkeligt. Utilstrækkeligt teamsamarbejde kan have den konsekvens, at behand-

³ Fixation betyder, at sundhedspersoner kan komme til at fastholde fokus på et (forkert) symptom eller diagnose længere end godt er.

lingsteamets samlede viden og kompetencer ikke kommer effektivt i spil, og dette kan betyde, at vigtige ting overses, fejltolkes, eller at der fixeres på en forkert diagnose. Disse ting kan forsinke den rette diagnose.

5. Hjemsendelse af uafklarede patienter

Analysen konkluderede, at patienter i nogle forløb var blevet sendt for tidligt hjem fra hospitalet – nogle gange midt om natten, nogle gange før der forelå resultater på prøvesvar taget med henblik på at udelukke akut sygdom.

6. Uklarhed om genhenvendelse

Analysen identificerede, at der i nogle situationer var en udfordring med at få tilset patienter, der var blevet sendt hjem, men som havde fornyet behov vurdering, tilpas hurtigt og smidigt. Det er normal praksis, at patienter sendes hjem med beskeden om ”at komme igen, hvis det bliver værre”. Det er dog ikke altid tydeligt, hvad der konkret menes med dette, hverken for patienter eller sundhedspersoner. Analysen viste samtidig, at der er forskellig praksis for genhenvendelse i Region Hovedstaden - både på tværs af hospitaler og på tværs af børnemodtagelsen og akutmodtagelsen.

7. Utilstrækkelig viden hos patienter og pårørende

Analysen identificerede et behov for fremadrettet at sikre bedre oplysning af den bredere befolkning med viden om meningitis og meningokoksygdom. Teamet vurderede, at den enkelte borgers evne til at vurdere symptomer er en styrke, såfremt opdateret viden om symptomatologien er formidlet og er handlingsanvisende.

8. Manglende vaccination af befolkningen

Analysen beskæftigede sig med muligheden for vaccination og eventuelle fordele og ulemper i denne forbindelse. Beslutningen om at indføre nye vacciner i børnevaccinationsprogrammet er et nationalt anliggende, der afgøres af Sundhedsministeriet på baggrund af fagligt input fra Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut.

Derudover identificerede teamet problemområdet ”Uhensigtsmæssig kultur for læring af fejl”, der som tidligere beskrevet vil blive analyseret selvstændigt.

Et problemområde i sundhedsvæsenets organisering af faglige kompetencer blev også berørt. Det blev drøftet, at det nogle gange kan være en udfordring, at det er en mindre erfaren læge, der modtager patienten. Problemstillingen blev dog ikke behandlet yderligere, da Region Hovedstaden har igangsat projekt ”Fremtidens Akuthospital”, som blandt andet beskæftiger sig med kompetencer og bemanding i akutmodtagelserne. Teamet drøftede også kompetencer i den akutte telefonvisitation. Den problemstilling er dog blevet håndteret i en særskilt kerneårsagsanalyse, som Den Præhospital Virksomhed har gennemført i foråret 2017, og den blev derfor ikke behandlet yderligere i denne analyse.

Handlingsplaner: Hvordan forhindrer vi, at lignende hændelser sker igen?

Analysens overordnede mål er at reducere dødsfald forårsaget af meningitis og meningokoksygdom og analyseteamet har herunder fastlagt tre delmål:

- At reducere tiden fra første kontakt til Sundhedsvæsenet frem til behandling er påbegyndt.
- At reducere tiden fra symptomerne opstår frem til første kontakt med sundhedsvæsenet.
- At forhindre, at sygdommen opstår ved at forebygge med vaccination.

For at opnå delmålene har analyseteamet, med udgangspunkt i de tidligere beskrevne problemområder, identificeret fire overordnede indsatsområder:

- **Mindske fixation og øge samarbejde om udredning og diagnostik**
- **Øge inddragelse af patienter og pårørende**
- **Sikre hurtig behandling**
- **Opdatere viden hos personale og borgere**

For hvert indsatsområde er formuleret mindst én handlingsplan. Handlingsplanerne rummer:

- To større indsatser
 - Etablering af et læringskoncept med e-læring omkring meningitis og meningokoksygdom og
 - Systematisk simulationstræning af alle ansatte i akutmodtagelser i samarbejde og kommunikation omkring den uafklarede patient.
- Et forbedringsprojekt på et pilothospital, der skal forbedre samarbejde om akutte patienter, herunder lokalt arbejde med kultur for læring.
- Fem nye arbejds gange om prøvetagning, pårørendeinddragelse samt genhenvisninger.
- Et møde med Sundhedsstyrelsen og Styrelsen for Patientsikkerhed for at viderebringe analysens viden og overvejelser om vaccination og befolkningens viden om meningitis og meningokoksygdom.

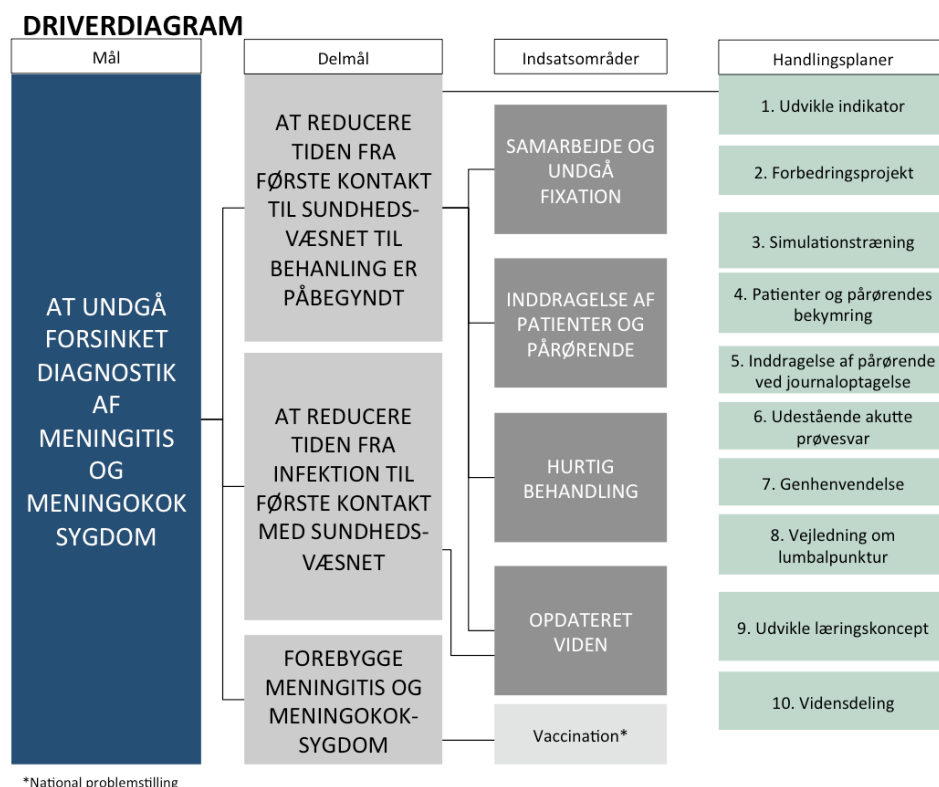
Samt

- Udvikling af en indikator til monitorering af handlingsplanernes samlede effekt. Indikatoren skal måle tiden fra patientens første kontakt til sundhedsvæsenet til behandling iværksættes.

De ti handlingsplaner skal ses som dele af en samlet indsats, der kan bidrage til at opnå det overordnede mål. Det er ikke tanken, at de enkelte handlingsplaner kan stå alene, men at synergien i at sætte ind på flere fronter gør at vi kan nå vores mål. De ti handlingsplaner er beskrevet overordnede i det følgende. Alle handlingsplanerne skal yderligere kvalifice-

Punkt nr. 20 - Udmøntning af midler til styrkelse af patientsikkerhedsarbejdet og læring i forhold til hurtigere diagnosticering
Bilag 2 - Side -20 af 34

res, beskrives og udvikles af de ansvarlige i samarbejde med aktørerne. Når de konkrete handlinger igangsættes, vil de ansvarlige få til opgave at udarbejde egentlig projektplaner. Disse planer vil indeholde konkrete aktiviteter, målpunkter og en specificering af opfølgnings- og justeringsproces for de enkelte handlinger. Handlingsplanernes succes afhænger derudover af ledelsesinvolvering – at ledelserne bærer vejen, bakker op og bidrager i såvel det indledende udviklingsarbejde og i fastholdelsen af indsatserne.



Her listes de 10 handlingsplaner samlet:

1. Udvikle overordnet indikator, der måler tiden fra patientens første kontakt til sundhedsvæsenet til behandling er påbegyndt.
2. Etablere forbedringsprojekt på pilothospital, der omhandler samarbejde omkring akutte patienter og lokal kultur omkring håndtering af fejl med henblik på efterfølgende bred implementering
3. Etablere simulationstræning, der øger samarbejde og mindsker fixation omkring den uafklarede patient.
4. Øge brugen af patienter og pårørendes bekymring som anledning til at revurdere det sundhedsfaglige respons.
5. Forbedre forudsætning for inddragelse af patienter og pårørendes viden i forbindelse med udredning.
6. Undgå hjemsendelse af patienter med udestående akutte prøvesvar.

7. Forbedre procedurer omkring genhenvendelse og sikre kendskab til patientforløb.
8. Sikre klare og handlingsanvisende vejledninger omkring lumbalpunktur.
9. Etablere læringskoncept for at øge viden hos sundhedsprofessionelle om meningitis og meningokoksygdom.
10. Sikre vidensdeling nationalt.

I det følgende beskrives alle handlingsplaner nærmere.

Handlingsplan nr.1 – Udvikle overordnet indikator, der måler tiden fra patientens første kontakt til sundhedsvæsenet til behandling er påbegyndt.

Indsats: Der skal udvikles en indikator, der måler på et af analysen centrale succeskriterier - at reducere tiden fra første kontakt til behandling er påbegyndt.

En del patienter med meningitis og meningokoksygdom vil, som tidligere anført, have flere kontakter til sundhedsvæsenet op til en indlæggelse for meningitis og meningokoksygdom. Der ønskes at måle på tiden fra første kontakt til hospitalsvæsen, 1813 eller 112 til første dosis antibiotika er givet. Såfremt det er muligt, inkluderes også patienter hvis forløb starter i almen praksis. Det ønskes, at der defineres en baseline på baggrund af data fra 2016. Det ønskes, at opnå data på alle patienter i Region Hovedstaden, der udskrives med diagnosen meningitis eller meningokoksygdom. Gruppen skal afklare om indikatoren kun skal omhandle de meningitisforløb forårsaget af bakterier eller om også de meningitisforløb, der skyldes eksempelvis virus skal inkluderes. Gruppen skal afklare behovet for klinisk validering. Gruppen må gerne tage stilling til om den eksisterende kliniske database kan indgå i arbejdet.

Gruppen skal ligeledes afklare og eventuelt udvikle en indikator (obs. indikator), der måler på alle patienter, der bliver meldt obs. meningitis eller meningokoksygdom, da dette vil give et større datagrundlag for at vurdere om regionens udredning af disse patienter er tilstrækkelig hurtig.

Endelig skal gruppen afklare om der skal udvikles en ulempeindikator.

Det anbefales at obs. indikatoren og ulempeindikatoren udvikles og afprøves i mindre skala på for eksempel en enkelt afdeling inden evt. udrulning til hele regionen.

Der har været vigtigt for analyseteamet, at der bliver defineret en overordnet resultatindikator. Det har været drøftet om der skulle udvikles indikatorer til at følge de enkelte handlingsplaner, men da handlingsplanerne er tænkt som forskelligartede indsatser, der alle arbejder frem mod det overordnede mål, blev det vurderet at en overordnet resultatindikator var vigtigst. Der er dog lagt op til at man lokalt på enkelte hospitaler eller afdelinger kan benytte sig af procesindikatorer som man finder relevante i forhold til den lokale implementering. De procesindikatorer som har været drøftet undervejs i analysen vil blive samlet i et proceskatalog som kan benyttes som inspiration.

Forventet effekt: At Region Hovedstaden kan følge om handlingsplanerne har en samlet effekt på tiden fra henvendelse til behandling.

Ansvarlige: Sundhedsfagligt Råd (SFR) infektionsmedicin.

Øvrige aktører: Den Præhospital Virksomhed, Center for Økonomi (dataenheden) og Enhed for Tværsektoriel Udvikling (evt. inklusion af praksissektoren). Det vil sandsynligvis være relevant at få tilknyttet en person med ekspertise i udvikling af indikatorer.

Tidsfrist: Inden udgangen af første kvartal 2018 for såvel udvikling af indikator som opsamling af baseline

Handlingsplan nr. 2 – Etablere forbedringsprojekt på pilot-hospital, der omhandler samarbejde omkring akutte patienter og lokal kultur omkring håndtering af fejl med henblik på efterfølgende bred implementering.

Indsats: Udvikling og afprøvning af metoder til at etablere et godt teamsamarbejde omkring den akutte patient. Metoderne skal udvikles og justeres ved hjælp af forbedringsmetoder på et udpeget pilothospital. Pilothospitalet skal i samarbejde med SFR præhospital og akutmodtagelser fremlægge hvordan erfaringerne og metoderne fra forbedringsprojektet kan spredes og implementeres i alle regionens akutmodtagelser.

Der ønskes, at pilothospitalet arbejdes med at udvikle:

- Faste ”stop-op-møder” (time-out) omkring akutte patienter. Pilothospitalet skal beskrive og udvikle stop-op-møderne. Projektet kræver blandt andet at begrebet ”akutte patienter” afklares. Der kan tages udgangspunkt i eksisterende gode erfaringer (eksempelvis ”huddles”) og der kan søges inspiration fra indsatser som sikker kirurgi, sikre fødsler og samarbejde om traumepatienter.
- En kultur med åbenhed omkring fejl. Det foreslås, at alle, der ”er gået en forkert diagnostisk vej”, deler deres historie på tværfaglige konferencer til læring og refleksion – og hyldes som helte: ”Månedens svære historie”.
- I forhold til begge indsatser vurderes ledelsens aktive involvering at være essentiel for succes. Ledelsen anbefales at gå forrest. Der kan også arbejdes med at italesætte lederskab – at alle medarbejdere kan tage lederskab i forhold til at sikre patienterne en optimal behandling. Der kan arbejdes med at etablere en sikker ledelsesinvolveringsmulighed, hvis en sundhedsperson ikke føler at teamsamarbejdet er lykkedes. En inspiration er, en åben telefon/kontaktmulighed, hvor en problematik opstået i en vagt næste dag kan drøftes.

Forventet effekt:

- Et åbent teamsamarbejde der fungerer i dagligdagen.
- Fejl og manglende lydhørhed bruges systematisk til læring fra dag til dag, og fejlbarelighed anerkendes og anvendes som konkret læringsgrundlag.

Ansvarlige: Pilothonospital udpeget af koncernledelsen.

Øvrige aktører: Projektet forankres i SFR præhospitalet og akutmedicin.

Tidsfrist: Udpegning af pilothospital inden udgangen af 2017. Fremlæggelsen af erfaringer for SFR senest efter 12 måneder.

Monitorering og tilpasning: Indikatorer udvikles som en del af forbedringsprojektet. Projektet spiller ind i det overordnede mål.

Handlingsplan nr. 3 – Etablere simulationstræning, der øger samarbejde og mindsker fixation omkring den uafklarede patient.

Indsats: Der skal udvikles undervisning, der omhandler træning i håndtering af den diagnostisk uafklarede patient, for personalet på de akutte modtagelser. Der skal udarbejdes en selvstændig projektbeskrivelse som beskriver indsatsen nærmere. Det ønskes at undervisningen afprøves på et pilothospital inden den udrulles til hele regionen. Det ønskes også at undervisningen samtænkes med de øvrige indsatser, særligt e-læringen. I forbindelse med udviklingen skal der tages afsæt i den eksisterende gode praksis som findes mange steder lokalt. CAMES skal stå for undervisningen, som skal foregå lokalt på hospitalerne gerne i samarbejde med de lokale simulationsenheder. Der skal etableres en certificeringsordning.

Læringsmål for kurset er:

- At kende egne begrænsninger.
- At træne tværfaglig kommunikation.
- At træne patient- og pårørendeinddragelse og bidrage til at de opfattes som en del af teamet.
- At bidrage til gensidig respekt mellem forskellige faggrupper.
- At træne ledelsesadfærd med åbenhed for og anerkendelse af andres perspektiver.
- At forbedre erfarne lægers evne til og ønske om aktiv inddragelse af andre.
- Træning i stop-op metoden (se handleplan 3).

Forventet effekt:

Forbedret teamsamarbejde med mere åbenhed og anerkendelse for teamets bekymringer, herunder for meningitis og andre sjældne, alvorlige sygdomme.

Ansvarlige:

Center for HR (CAMES) står for projektledelsen.

Formand SFR for præhospitalet og Akutmodtagelse er projektejer.

Projektet godkendes af Forum for ledelse og uddannelse og forelægges Koncernledelsen. I forbindelse med udrulningen af undervisningen vil hospitalsdirektioner og afdelingsledelser være ansvarlige for, at der frigøres tid til ledere og medarbejderes deltagelse.

Punkt nr. 20 - Udmøntning af midler til styrkelse af patientsikkerhedsarbejdet og læring i forhold til hurtigere diagnosticering

Bilag 2 - Side -24 af 34

Tidsfrist: Udvikling frem til 1. kvartal 2018, derefter afprøvning på pilothospital og siden trinvis udrulning til resten af regionen.

Monitorering og tilpasning:

Der følges løbende op på deltagelse på uddannelsen i Forum for ledelse og uddannelse.

- Inden udgangen af 2018 er andel af personale med funktion i akutmodtagelsen med gennemført (eller aktuel uddannelse) 50 %.
- Inden medio 2019 skal andelen af personale med funktion i akutmodtagelsen med gennemført (eller aktuel uddannelse) være 85 %.

Effekten monitoreres ved hjælp af den overordnede indikator, der måler tid fra patientens første kontakt til behandling er påbegyndt.

Handlingsplan nr. 4 – Øge brugen af patienter og pårørendes bekymring som anledning til at revurdere det sundhedsfaglige respons.

Handlingsplan 4.A – indføre patienter eller pårørendes bekymring som mulig indikation for aktivering af Mobilt Akut Team (MAT⁴) på sengeafdelinger.

Indsats: På sengeafdelinger med voksne patienter indføres patienter eller pårørendes bekymring som indikation for aktivering af MAT. Det vil fortsat være en sundhedsperson, der tilkalder MAT teamet, men begrundelsen for tilkald vil alene kunne være at patient eller pårørende udtrykker bekymring. Det er tænkt som et tydeligt signal fra organisationen om at patienter og pårørendes bekymring skal anerkendes og er ligeværdige i forhold til andre mere objektive kriterier som puls og blodtryk. Dette indebærer ændring i MAT-vejledningerne.

Forventet effekt: At patienter og pårørendes bekymringer tages alvorligt samt en understøttelse rettidig diagnostik af akut kritisk sygdom.

Ansvarlige:

Hjertestopkomitéen er ansvarlig for justering af vejledninger og udarbejdelse af implementeringsplan.

Ledelsesstrengen er ansvarlig for implementering.

Hjertestopkomiteen er ansvarlig for monitorering og opfølgning.

Tidsfrist: Afklaring og revidering af vejledning samt udarbejdelse af implementeringsplan inden udgangen af 4. kvartal 2017.

⁴ Flere af regionens hospitaler har mulighed for at tilkalde et mobilt akut team (MAT) til patienter med akut forværring af vitale parametre. MAT er typisk bemandet med erfarent personale fra hospitalets intensiv afdeling og kan tilkaldes med henblik på at undersøge en patient og lægge en plan for den videre behandling

Monitorering

- Antal af MAT kald, der er aktiveret på baggrund af patienter eller pårørendes bekymring.

Udviklingen følges i Hjertestopkomiteen. Ordningen evalueres for effekt efter et år.

Handlingsplan 4.B - at afdække erfaringer med patienter og pårørendes direkte aktivering af et sundhedsfagligt respons.

Indsats: At afdække erfaringer med patienter og pårørendes aktivering af et sundhedsfagligt respons (eks. MAT kald) ved bekymring gennem en miniundersøgelse som grundlag for videre beslutning. Afdækningen skal både omfatte erfaringer fra voksen- og børneafdelinger. Det skal søges afdækket, om en sådan indsats vil være en fordel for patienter og pårørendes oplevelse af behandlingen og om det kan give forbedret sikkerhed. Ydermere skal undersøges om patient- eller pårørendeaktivering kan være potentielt konfliktfyldt i forhold til læge-, patient-, pårørenderelationen, og om man ved ordningen lægger mere ansvar på patienter og pårørende, end de ønsker. Der bør endvidere forsøges at estimere omfanget det forventede omfang af patient- og pårørendekald baseret på erfaringer fra ind- og udland.

Forventet effekt: En klarhed over perspektiverne herunder fordele og ulemper ved direkte patient- eller pårørendeaktivering.

Ansvarlige: Center for Sundhed (Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed).

Tidsfrist: Afdækningen er afsluttet inden 1. november. Pårørende og Patientinddragelsesudvalget (PIU) høres ultimo 2017. I første kvartal af 2018 drøftes afdækningen i Hjertestopkomiteen, der herefter via Center for Sundhed, indstiller en anbefaling til koncernledelsen.

Handlingsplan nr. 5 – Forbedre forudsætning for inddragelse af patienter og pårørendes viden i forbindelse med udredning

Indsats: At forbedre sundhedspersonalets forudsætninger for inddragelse af de pårørendes viden.

Indsatsen sker gennem:

- a) Tilføjelse af pårørendes viden som fast punkt i Sundhedsplatformen i forbindelse med lægelig journaloptagelse. Det vil sige, at der skal udarbejdes et ændringsønske til Sundhedsplatformen. Det skal afklares om udfyldelse af feltet skal være obligatorisk (hard stop) og om det skal gælde alle afdelinger. Ved journaloptagelse hos børn, vil det meste af journaloplysningerne ofte vil være baseret på pårørendes oplysninger i forvejen.

- b) Opfordre lægefaglige og sygeplejefaglige grunduddannelser via samarbejdsfora til at sikre særligt fokus på inddragelse af patienter og pårørende som obligatorisk element – også i journaloptagelse.
- c) Det ønskes at afdække om min Sundhedsplatform kan bruges til realtime journalindsigt og måske på sigt til at patienter eller de pårørende selv kan notere egne oplevelser i journalen.

Forventet effekt: At bidrage til at skabe åbenhed og respekt, samt ændre adfærd ift. den viden, den pårørende kan supplere den faglige vurdering med.

Ansvarlige:

Center for Sundhed.

Hospitalsdirektioner, afdelingsledelser og specialeansvarlige overlæger vil være ansvarlige for vedvarende fokus på anvendelsen i praksis.

Øvrige aktører: Center for HR og CIMT (Sundhedsplatformen).

Tidsfrist:

A: Ultimo 2018 ift. Sundhedsplatformen.

B: Medio 2018 ift. kontakt til grunduddannelser.

Monitorering og tilpasning:

Effekten, som forventes at være på langt sigt, monitoreres ved hjælp af den overordnede indikator, der måler tid fra patientens første kontakt til behandling er påbegyndt.

Handlingsplan nr. 6 - Undgå hjemsendelse af patienter med udestående akutte prøvesvar.

Indsats: Der skal udarbejdes en ny retningslinje, der præciserer, at patienter ikke hjemsendes, før der er modtaget svar på prøver ordineret for at udelukke akutte og potentielt livstruende sygdomme. Retningslinjen vil kræve en definering af begreberne ”uafklaret”, ”akut” og ”livstruende”. Yderligere skal vejledningen beskrive sondringen mellem på den ene side en patient, som synes afklaret, og hvor et patologisk svar er et ”tilfældigt fund” og på den anden side den akutte uafklarede patient. Det skal undersøges, om der via Sundhedsplatformen kan laves en barriere så patienter med udestående prøvesvar (omfattet af retningslinjen) ikke udskrives/hjemsendes.

Hvis det er muligt, så ønskes det, afdækket hvor mange patienter den ændrede arbejdsgang vil påvirke. En ændret arbejdsgang vil måske betyde, at der er behov for en udvidelse af venteområder, hvor patienter som ikke umiddelbart behøver indlæggelse kan opholde sig, mens akutte prøvesvar afventes. Det kan også være relevant at undersøge om det er muligt at modtage prøvesvar hurtigere.

Det skal endvidere undersøges om mikrobiologisk Point of Care Testing (POCT) kan bidrage til hurtigere at afklare patienters diagnoser. Der afventes en national rapport om

POCT i løbet af efteråret 2017. SFR for mikrobiologi vil følge området og eventuelt indstille til indførelse af mikrobiologisk POCT på regionens hospitaler med akutfunktion.

Forventet effekt: Det forventes, at den direkte effekt er at uafklarede patienter ikke hjemsendes, før der foreligger svar på diagnostiske prøver, der er taget for at udelukke akutte, livstruende sygdomme, så behandling kan igangsættes uden forsinkelse. Dette medvirker til at undgå, at der sker unødigt forsinkelse i behandling – og at patienter med risiko for meningitis mv. observeres på hospital.

Ansvarlige: SFR pædiatri for udvikling af retningslinje. SFR mikrobiologi for at undersøge mulighederne i forhold til POCT. Hospitalsdirektionerne har ansvaret for implementering af vejledningen og lokal tilpasning.

Øvrige aktører: SFR præhospital og akutmodtagelse, SFR biokemi og SFR infektionsmedicin.

Tidsfrist: Indført d. 1/1 2018.

Monitorering og tilpasning:

Effekten følges via monitorering af utilsigtede hændelser på området ved Center for Sundhed (EKP). Hændelsesmønstret afrapporteres til SFR pædiatri.

Yderligere monitoreres effekten ved hjælp af den overordnede indikator, der måler tid fra patientens første kontakt til behandling er påbegyndt.

Handlingsplan nr. 7 – Forbedre procedurer omkring genhenvendelse og sikre kendskab til patientforløb.

Handlingsplan 7A - sikring af kendskab til procedurer omkring genhenvendelse og udarbejdelse af genhenvendelseskort:

Indsats:

- Der skal udarbejdes et genhenvendelseskort, som udleveres til patienter og pårørende, når de afsluttes eller udskrives fra akutte modtagelser. Kortet skal beskrive, hvornår og hvordan de skal henvende sig ved manglende bedring eller forværring. Det skal afprøves i lille skala inden bred implementering. Udskrivelsesvejledning skal tilpasses. Der kan indhentes inspiration og erfaring fra børneafdelinger, der anvender genhenvendelses-vejledninger. Der skal udarbejdes en tydelig tekst til patienter og pårørende om, hvad forværring betyder på de mest relevante symptomer – samt særlige symptomer relateret til særlig kritisk sygdom, herunder meningitis. Det kan være relevant at understøtte arbejdsgangen via Sundhedsplatformen (måske i form af et tillæg til det nuværende besøgssammendrag).
- Der skal kommunikeres til alle relevante afdelinger om forpligtelse og praksis ved genhenvendelser, og der skal sendes kopi af genhenvendelseskort til alle akutafdelinger og børnemodtagelser.

Forventet effekt: At det er tydeligt for patienter og pårørende samt for personalet, hvilken procedure, der er ved genhenvendelse, så der ikke tabes tid ved at patienten ”starter forfra” i systemet. Dette vurderes at kunne mindske tiden i forhold til at igangsætte relevant behandling når en patient oplever forværring af akut sygdom.

Ansvarlige: Kvalitetschefkredsen for udvikling.

Hospitalsdirektioner og afdelingsledelser skal sikre anvendelse i praksis gennem løbende og vedholdende opfølgning.

Øvrige aktører: Center for Kommunikation, SFR præhospital og akutmodtagelse, SFR infektionsmedicin og SFR pædiatri kan bruges som faglige sparringsparter.

Tidsfrist: Primo 1. kvartal 2018 for udarbejdelse. Implementeringen skal være senest være gennemført ultimo 2018.

Monitorering og tilpasning:

Effekten monitoreres ved hjælp af den overordnede indikator, der måler tid fra patientens første kontakt til behandling er påbegyndt

Handlingsplan 7.B – sikre mulighed for kendskab hos 1813 til patientforløb ved genhenvendelse

Indsats: Der skal laves en ny vejledning til 1813 personale med tydeliggørelse af, at 1813 kan indhente patientens samtykke, så der kan laves opslag i journalen – hvorved nylige indlæggelser og udredning i akutmodtagelser kan ses. Det kræver, at 1813 kan få systemadgang til Sundhedsplatformen og det skal afklares, om det kræver uddannelse i brug af Sundhedsplatformen for 1813 personale.

Forventet effekt: At personalet på 1813 i forbindelse med visitation kan afklare om patienten har haft en nylig indlæggelse eller udredning i en akut modtagelse. På mange akutafdelinger/børneafdelinger er der mulighed for at komme direkte tilbage til afdelingen inden for det første døgn efter udskrivelse – uden om den normale visitation eller egen læge. Dermed kan patienter med nylige indlæggelser, der henvender sig med forværring af sygdom, hurtigere modtages på relevant afdeling til start af behandling uden at unødigt tid spildes på ny vurdering hos egen læge og/eller i en akutmodtagelse.

Ansvarlige: Den Præhospital Virksomhed.

Tidsfrist: Primo 1. kvartal 2018 foreligger en ny vejledning.

Monitorering og tilpasning:

Effekten monitoreres ved hjælp af den overordnede indikator, der måler tid fra patientens første kontakt til behandling er påbegyndt.

Handlingsplan nr. 8 - Sikre klare og handlingsanvisende vejledninger omkring lumbalpunktur.

Indsats: Der nedsættes en arbejdsgruppe, der skal udarbejde forslag til, hvordan usikkerhed om udførelse af lumbalpunktur ikke bliver en barriere for at mistænke meningitis og meningokoksygdom. Arbejdsgruppen skal blandt andet drøfte om, der er grundlag for at ændre nuværende praksis, hvor lumbalpunktur som udgangspunkt altid foretages før behandling med antibiotika. Gruppen skal sikre, at vejledningen bliver handlingsanvisende – at det er tydeligt for personalet at eventuel usikkerhed om lumbalpunktur ikke skal forsinke antibiotisk behandling, når dette er indiceret. Gruppen skal yderligere drøfte, hvordan det sikres at alle afdelinger på alle matrikler har hurtig adgang til det rette udstyr, således at manglende udstyr ikke bliver en barriere. Herunder skal det afdækkes om der via regionens centrale indkøbsfunktion kan etableres færdigpakket lumbalpunktur-sæt som kan bestilles til alle afdelinger. Gruppen skal endelig drøfte, hvordan de enkelte hospitaler sikrer, at eventuelle manglende kompetencer hos personalet i at foretage en lumbalpunktur, ikke forsinker den rette udredning (fx mulighed for tilkald af personale fra andre afdelinger/MAT).

Forventet effekt: At sundhedspersoner ikke er tilbageholdende med at nævne meningitis som mulig diagnose, således at behandling kan iværksættes uden forsinkelse ikke mindst, når der er tvivl om diagnose.

Ansvarlige: En arbejdsgruppe med ledelse af SFR infektionsmedicin nedsættes med repræsentanter fra SFR i infektionsmedicin, pædiatri, mikrobiologi og anæstesiologi.

Tidsfrist:

Gruppens anbefalinger til praksis skal sendes til Center for Sundhed inden udgangen af 2017.

Monitorering og tilpasning:

Effekten monitoreres ved hjælp af den overordnede indikator, der måler tid fra patientens første kontakt til behandling er påbegyndt.

Handlingsplan nr. 9 - Etablere et læringskoncept for at øge viden hos sundhedsprofessionelle om meningitis og meningokoksygdom.

Indsats: Der skal udvikles et læringskoncept med formål at opdatere viden hos sundhedsfaglige blandt andet via e-læring om meningitis og meningokoksygdom. Der skal udarbejdes en projektbeskrivelse som beskriver indsatsen nærmere. Indsatsen må gerne sam-tænkes med de øvrige beskrevne indsatser, så der opnås bedst mulig synergi. Konceptet anbefales afprøvet inden det fastlægges. Det ønskes ligeledes vurderet om det udviklede læringskoncept kan bruges generisk og efterfølgende appliceres på andre tilstande eller

Punkt nr. 20 - Udmøntning af midler til styrkelse af patientsikkerhedsarbejdet og læring i forhold til hurtigere diagnosticering

Bilag 2 - Side -30 af 34

diagnoser. Det ønskes, at projektgruppen inkluderer erfaringer fra andre regioner og andre kliniske e-læringskursusforløb.

Projektgruppen skal blandt andet afklare:

- Skal kurset være obligatorisk?
- Skal der være en form for certificering og hvor ofte skal kurset gentages?
- Skal der være konsekvenser ved manglende deltagelse?
- Skal almen praksis have mulighed for at tage kurset?

Forventet effekt: Øget viden vil medføre, at flere tilfælde diagnosticeres tidligere i forløbet og dermed øges sandsynligheden for, at succesfuld og rettidig behandling igangsættes.

Ansvarlige:

Projektledelsen for udviklingen forankres i Center for HR.

Formand for SFR Infektionsmedicin er projektejer.

Projektet godkendes af Forum for Ledelse og Uddannelse og forelægges Koncernledelsen.

Følgende skal inddrages som medlemmer i projektgruppen:

- SFR i infektionsmedicin (redaktion for løbende revisioner).
- SFR akutmodtagelser og præhospital
- SFR mikrobiologi
- SFR Pædiatri

Tidsfrist: Nedsættelse af projektgruppe inden udgang af 2017. Udvikling af indhold frem til udgang af 2. kvartal 2018, derefter trinvis udrulning til de omfattede medarbejdere og ledere i regionen jf. nedenstående mål.

Monitorering og tilpasning:

Der følges løbende op på deltagelse på uddannelsen i Forum for Ledelse og Uddannelse.

- Det sættes som mål at 75 % af personale med akutfunktion, pædiatri, infektionsmedicin og anæstesi har gennemført kurset ved udgangen af 2018.

Effekten monitoreres ved hjælp af den overordnede indikator, der måler tid fra patientens første kontakt til behandling er påbegyndt.

Handlingsplan nr. 10 – Sikre vidensdeling nationalt.

Indsats: Der planlægges et møde med Sundhedsstyrelsen og Styrelsen for Patientsikkerhed med henblik på at formidle resultaterne af nærværende analyse. Målet med møderne er:

- At opfordre til at opdatere information til borgere og sundhedspersoner om meningitis og meningokoksygdom med nyeste viden om symptomatologien. Andre relevante parter som kan informeres (evt. via Sundhedsstyrelsen) er Sundhed.dk, herunder:
 - Patient-håndbogen
 - Læge-håndbogen

Punkt nr. 20 - Udmøntning af midler til styrkelse af patientsikkerhedsarbejdet og læring i forhold til hurtigere diagnosticering
Bilag 2 - Side -31 af 34

- Praksis-information
- At formidle overvejelser om fordele og ulemper ved vaccination på baggrund af analysen til Sundhedsstyrelsen. Opfordring til Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut om i højere grad at informere befolkningen om muligheden for vaccination. Repræsentanter for de pårørende inviteres med til mødet.

Forventet effekt: Almen oplysning, så borgerne og sundhedspersoner bliver bedre i stand til at genkende og handle på symptomer på meningitis og meningokoksygdom. Mere aktiv oplysning til befolkningen og risikogrupper om muligheder for vaccination.

Ansvarlige:

- Center for Sundhed formidler viden til styrelserne.
- SFR mikrobiologi og infektionsmedicin samt pædiatri understøtter i forhold til at levere det faglige input.
- Center for Kommunikation har ansvar for formidling af viden på regionens egne platforme inklusiv evt. sociale medier.

Tidsfrist: Inden udgangen af 4. kvartal 2017.

Opfølgning

Analyseteamet har gjort sig umage for at opstille ambitiøse, men også realistiske handlingsplaner. Teamet er enige om, at implementering af de anførte handlingsplaner samlet vil kunne reducere risikoen for forsinket erkendelse og diagnostik af meningitis.

Teamet har drøftet, hvordan implementeringen bedst understøttes blandt andet med afsæt i de anførte principper for effektfulde forbedringer i bilag 7.

Det er teamets vurdering at lokal ledelsesinvolvering bliver central i implementeringen, herunder at der bakkes op om deltagelse i såvel det indledende udviklingsarbejde som senere deltagelse i fx e-læring og simulation.

Den overordnede fremdrift i projektet måles på få resultatindikatorer, som udvikles i regi af analysens handlingsplaner. Det forventes at de lokale ledelser selv opstiller relevante procesindikatorer til brug for måling af fremdrift med forbedringsarbejdet i eget regi.

Selvom der er udpeget forskellige regionale ansvarlige for flere af handlingsplanernes udarbejdelse er det i sidste ende hospitalsdirektionerne og afdelingsledelserne, der har den største opgave med at sikre dels implementering og dels, at der etableres rollemodeller og kulturbærere for de nævnte forbedringer.

Formandskabet har på den baggrund gennemført en høringsproces af handlingsplanerne på en workshop, hvor alle hospitalsdirektioner var repræsenteret sammen med de, der er nævnt som ansvarlige for handlingsplanerne. Høringens formål var at sikre, at handlingsplanerne blev kvalificeret og at sikre implementering og ejerskab. Bemærkningerne fra høringsworkshoppene koncentrerede sig om:

- at fokusere handlingsplanerne yderligere,
- at sikre tydelig ledelsesinvolvering og,
- at gennemføre afprøvning i lille skala der, hvor der var muligt.

Bemærkningerne er indarbejdet i den endelige rapport.

Herefter blev handlingsplanerne forelagt Koncernledelsen til endelig godkendelse.

Slutteligt blev det aftalt, at formandskabet og regionens kvalitetschef fastholder fokus på fremdrift af handlingsplaner ved afrapporteringer til Koncerndirektionen 3, 9 og 12 måneder efter rapportens endelige godkendelse.

Medlemmerne af analyseteamet inviteres til at følge med i afrapporteringerne.

I forbindelse med disse afrapporteringer kan formandsskabet og regionens kvalitetschef indstille, at der etableres regionale eller hospitalsspecifikke procesmål, hvis det er behov for dette for at følge fremdriften nærmere.

Læs mere om hvordan implementering af forbedringer i sundhedsvæsenet bedst understøttes i bilag nr. 7 og 8.

Bilag

- Bilag nr.1 Analysen kommissorium.
- Bilag nr. 2 Oplæg om meningokoksygdom hos børn og unge af Ulrikka Nygaard, infektionspædiater, ph.d. og lektor og Karen Vitting Andersen, klinikchef, dr. med., BørneUngeKlinikken, Rigshospitalet, juni 2017.
- Bilag nr. 3 ”Akut meningokoksygdom hos børn og unge “ af Ulrikka Nygaard et al, Ugeskrift for Læger, 4. September 2017.
- Bilag nr. 4 ”Meningokoksygdom i Danmark” Statens Serum Institut.
- Bilag nr. 5 Oplæg om ”Diagnostik af meningokoksygdom i Region Hovedstaden – en tværgående analyse” ved afdelingslæge Palle Valentiner-Branth, leder af sektion for vaccineforebyggelige sygdomme, Afdeling for Infektionsepidemiologi og Forebyggelse, Statens Serum Institut, juni 2017.
- Bilag nr. 6 ”Tanker omkring muligheder og tiltag til reduktion af fatale tilfælde af meningitis og meningokoksepsis” af Ivar G. Petersen, august 2017.
- Bilag nr. 7 Oplæg om ”Forandring med effekt” ved Michael Daubjerg, partner i Implement Consulting Group, juni 2017.
- Bilag nr.8 Oplæg om ”The what and the how” ved Vibeke Rischel, Sundhedsfaglig chef, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, juni 2017.

Litteratur og vejledninger

- Sundhedsstyrelsens vejledning om praktiserende lægers og vagtlægers behandling af meningokoksygdom: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=142112>
- Region Hovedstadens vejledning om behandling af meningitis hos børn og unge: <http://vip.regionh.dk/VIP/Slutbruger/Portal.nsf/Main.html?open&unid=X646BBF64E1E3343CC1257F33004F008F&dbpath=/VIP/Redaktoer/RH.nsf/&windowwidth=1100&windowheight=600&windowtitle=S%F8g>
- Region Hovedstadens vejledning om behandling af meningitis hos voksne inkl. bilag: <http://vip.regionh.dk/VIP/Slutbruger/Portal.nsf/Main.html?open&unid=X4FA7516E512332A6C1257F570031070C&dbpath=/VIP/Redaktoer/RH.nsf/&windowwidth=1100&windowheight=600&windowtitle=S%F8g>
- Region Hovedstadens vejledning om behandling ved mistanke om meningitis præhospitalt: <http://vip.regionh.dk/VIP/Admin/GUI.nsf/Desktop.html?open&openlink=http://vip.regionh.dk/VIP/Slutbruger/Portal.nsf/Main.html?open&unid=XAE4FC9D284B00C99C12579AB0043C246&dbpath=/VIP/Redaktoer/1596.nsf/&windowwidth=1100&windowheight=600&windowtitle=S%F8g>
- Sundhedsstyrelsen information om meningokoksygdom: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2017/~media/1E8409FD720A4A2AA009BC4A87A45478.ashx>
- EPI NYT fra Statens Serum Institut fra 2017 om meningokokker: <http://www.ssi.dk/Aktuelt/Nyhedsbreve/EPI-NYT/2017/Uge%206%20-%202017.aspx>
- Patientombuddets temarapport om meningitis fra 2011: <https://stps.dk/da/udgivelser/2011/temarapport-om-meningitis/~media/BF41BA6942F34DBAB546E8A0839EA150.ashx>

ⁱ Dette er 2. udgave af rapporten. I denne udgave er det præciseret at opfølgning sker via vores koncerndirektion.

Analyse af læringskultur, roller og ansvar i patientsikkerheds- arbejdet Region Hovedstaden

2017

Indhold

Indhold.....	2
Resume	3
Indledning og formål	5
Metode.....	7
Analysegrundlag.....	9
Analyse.....	11
Driver diagram med overblik over analyseresultater.....	14
Handlinger	16
Implementeringsplan	28
Opfølgning.....	29
Bilagsliste	30
Litteraturliste og vejledninger	31

Resume

En god og anerkendende læringskultur er en forudsætning for at kunne skabe forbedringer for patientsikkerheden. Hver enkelt utilsigtet hændelse (UTH) repræsenterer en problemstilling, som sundhedspersonale eller patienter og pårørende har oplevet som risiko for patientsikkerheden.

Region Hovedstaden har de seneste år oplevet ulykkelige dødsfald grundet meningitis. Det har blandt andet ført til, at der i Region Hovedstaden har været en generel drøftelse af læringskulturen og håndteringen af utilsigtede hændelser. I den forbindelse ønskede Region Hovedstadens forretningsudvalg, at der blev set på risikomanagerens rolle i patientsikkerhedsarbejdet. På baggrund af dette blev denne tværgående analyse af læringskultur, roller og ansvar i patientsikkerhedsarbejdet udarbejdet.

Der blev nedsat et analyseteam ledet af koncerndirektør Svend Hartling. Teamet var bredt sammensat med deltagelse fra alle hospitalerne inkl. Psykiatrien, Den Præhospitale Virksomhed, Den Sociale Virksomhed, Center for HR/CAMES, administrationen, pårørende samt ekstern konsulent fra Implement.

Formålet med analysen er, at øge patientsikkerheden gennem forbedring af læringskulturen. Nærmere bestemt skal analysen undersøge, hvordan man kan bidrage til en forbedret patientsikkerhed gennem:

- Bedst mulig læring af de utilsigtede hændelser
- Anvendelse af proaktive metoder
- Spredning af læring

Overordnet er der fem indsatsområder i analysen:

- **Fokus på ledelse og anerkendende læringskultur**

Der skal være større ledelsesinvolvering i arbejdet med utilsigtede hændelser, så denne del af patientsikkerhedsarbejdet kommer helt ind i kernen af ledelsen. Ledelsesbevågenhed på patientsikkerhedsarbejdet og en anerkendende læringskultur er en grundlæggende forudsætning for at opnå forbedringer af patientsikkerheden. Der skal udvikles indikatorer for måling af læringskulturen.

- **Kompetenceudvikling, roller og ansvar i patientsikkerhedsarbejdet**

Der skal udvikles en uddannelse for risikomanagere. Endvidere vil der være fokus på patientsikkerhed i lederuddannelsesprogrammer i regionen, så lederne i højere grad bliver klædt på til deres rolle i patientsikkerhedsarbejdet. Roller og ansvar skal ligeledes være tydelige.

- **Medarbejderdrevet patientsikkerhed**

Patientsikkerhedsarbejdet skal integreres tæt på patienten ved anvendelse af medarbejdere, patienter og pårørendes løbende opmærksomhed, bekymringer

og ideer i forhold til patientsikkerhed. På den måde fremmes en bottom up tilgang i patientsikkerhedsarbejdet.

- Involvering af patienter og pårørende

Der skal være en større systematik i involvering af og samarbejdet med patienter og pårørende i patientsikkerhedsarbejdet. Patienter og pårørende skal ligeledes involveres i det proaktive arbejde med patientsikkerhed.

- Højere kvalitet og nytænkning af analysemetoder og modeller

Arbejdet med utilsigtede hændelser skal styrkes ved at gennemføre analyserne hurtigere, have en bredere palette af analysemetoder og ved at sikre udarbejdelse af stærke handlingsplaner. Endvidere skal der sikres de rette redskaber til at implementere handlingsplanerne, og at den læring der opnås efter en utilsigtet hændelse spredes. Der skal ligeledes fokus på at arbejde mere forebyggende med patientsikkerhedsarbejdet gennem anvendelsen af proaktive metoder.

Analyseteamet identificerede de fem ovenstående indsatsområder, der skal bidrage til at øge patientsikkerheden. På baggrund af indsatsområderne, er der udarbejdet ni handlinger med en række konkrete indsatser. De ni handlinger er:

1. Understøtte en anerkendende læringskultur fra ledelsen samt udvikle og gennemføre måling af læringskulturen
2. Etablere patientsikkerhed som fast punkt på relevante dagsordener med tydelig ledelsesprioritering
3. Sikre at ledere, risikomanagere og medarbejdere har tydelige roller og ansvar i patientsikkerhedsarbejdet
4. Udvikle kompetenceprogram for risikomanagere, ledere og patientsikkerhedskoordinatorer
5. Sikre at patientsikkerhedsarbejdet kan foregå tæt på patienten drevet af medarbejdere i samarbejde med patienter og pårørende
6. Udbrede metoder til mere systematisk involvering af patienter og pårørende i patientsikkerhedsarbejdet
7. Udvikle nyt analysekoncept med hurtigere reaktion på alvorlige UTH, stærke handlingsplaner, implementeringsredskaber samt idekatalog til spredning af læring
8. Beskrive metodekatalog med palette af analysemetoder såvel reaktive, proaktive som aggregerede analysemetoder og udbrede metoderne
9. Udvikle model til læring af klage- og erstatningssager, hvor adskillelsen af det sanktionerende og lærende system fastholdes

Implementering af handlingerne igangsættes fra første kvartal 2018, og handlingerne monitoreres overordnet via måling af læringskulturen. Fremdrift af handlingerne er forankret i Region Hovedstadens Forum for Kvalitet og følges på koncernledelsesmøder 6, 9, 12 og 24 måneder efter rapporten er godkendt. Det vil være Forum for Kvalitet, der fremlægger status på handlingerne på koncernledelsesmøderne.

Indledning og formål

For at kunne skabe forbedringer af patientsikkerheden forudsætter det en cirkulær proces med en anerkendende og analyserende læringskultur, stærke handlingsplaner, at forbedringer bliver indført samt at der er draget læring af de utilsigtede hændelser, og at denne læring bliver spredt.

Hver enkelt utilsigtet hændelse repræsenterer en problemstilling, som sundhedspersonale eller patienter og pårørende har oplevet som risiko for patientsikkerheden. Ifølge Sundhedsloven er sundhedsfaglige personer forpligtede til at rapportere, og regionerne er forpligtede til at modtage og drage læring af utilsigtede hændelser.

Region Hovedstaden har de seneste år oplevet ulykkelige dødsfald grundet meningitis. Det har bevirket, at der blev iværksat en tværgående analyse i foråret 2017 - ”Tværgående analyse af diagnosticering af meningitis og meningokoksygdom”. Denne analyse identificerede eksempler på uhensigtsmæssig kultur om læring af fejl, som krævede nærmere afdækning. Endvidere har der været en generel drøftelse af læringskulturen og håndteringen af utilsigtede hændelser i Region Hovedstadens forretningsudvalg, som i den forbindelse ønskede, at der blev set på risikomanagerens rolle i patientsikkerhedsarbejdet.

På baggrund af dette besluttede koncernledelsen at etablere en ny analyse med det formål at forbedre læringskulturen herunder inddrage risikomanagerens rolle.

I analysen blev det tydeligt, at fokus ikke alene skulle være på risikomanagerens rolle, men generelt på roller og ansvar i patientsikkerhedsarbejdet. Analysen blev derfor udvidet til at omhandle læringskultur, roller og ansvar i patientsikkerhedsarbejdet.

Formålet med analysen er, at øge patientsikkerheden gennem forbedring af læringskulturen. Nærmere bestemt skal analysen undersøge, hvordan man kan bidrage til en forbedret patientsikkerhed gennem:

- Bedst mulig læring af de utilsigtede hændelser
- Anvendelse af proaktive metoder
- Spredning af læring

En læringskultur¹ er kendetegnet ved:

- at man står ved og tager ansvar for fejl
- at man er åben overfor forandring, og at man altid kan blive klogere og dygtigere
- at man har en åben og ærlig kommunikation med konstruktiv feedback og kritik
- at man analyserer, hvad der har forårsaget eller bidraget til fejlen og forsøger at forstå, hvorfor fejlen er sket.
- at man forsøger at finde en løsning, som forhindrer at fejlen kan opstå igen

¹ <http://www.vis.dk/indlaeg/kvalitetsudvikling/l-ringskultur-er-en-foruds-tning-kvalitetsudvikling>

- at man lærer af sine fejl, så man ikke begår den samme fejl igen og igen.

Læringskulturen understøtter således patientsikkerhedsarbejdet.

Patientsikkerhed forbedres ved at anerkende, at behandlingen af patienter indgår i et komplekst system, hvor samarbejde og forståelse af risici er centrale elementer. Det er derfor vigtigt, at have fokus på et samspil af løsninger og samarbejde mellem ledere, medarbejdere, patienter og pårørende.

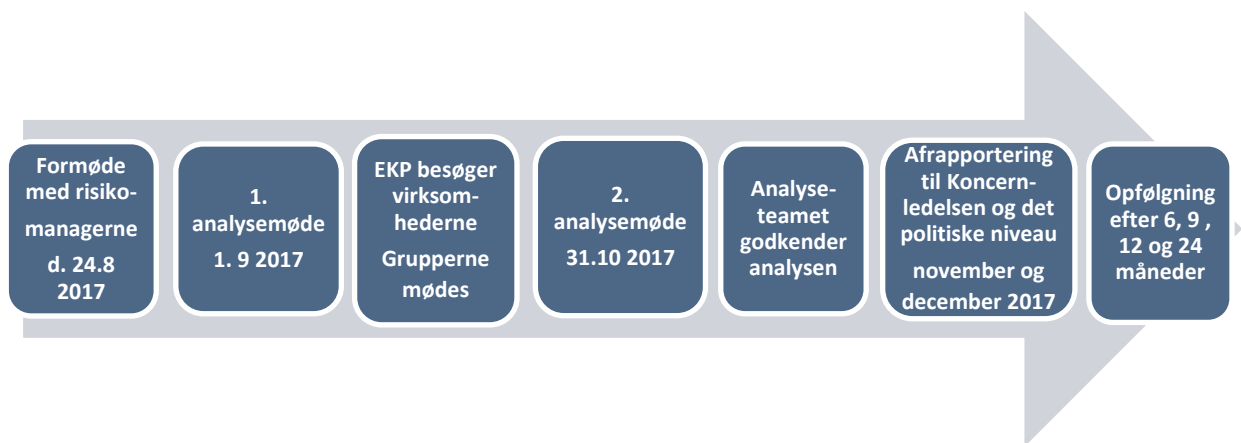
Virksomhederne i Region Hovedstaden har fokus på arbejdet med patientsikkerhed, og der er ligeledes mange initiativer i afdelingerne, som løfter arbejdet med patientsikkerheden. Men det kan blive bedre og mere systematisk med spredning af initiativer og forbedringer. Analyseteamet vil derfor undersøge, hvilke indsatsområder der kan gøre patientsikkerhedsarbejdet bedre.

Kommissoriet for analysen indehold følgende opgaver:

- analysere fordele og ulemper ved nuværende organisering af patientsikkerhedsarbejdet herunder risikomanagerens rolle
- drøfte hvordan vi udvikler og fastholder en god kultur for håndtering og læring af utilsigtede hændelser
- drøfte hvilke kompetencer vi ønsker i forhold til patientsikkerhedsarbejdet i organisationen
- stille forslag til forbedringer af kultur, organisation og risikomanagerens kompetencer, som vil øge patientsikkerheden
- stille forslag til monitorering af implementering og effekt af handlingsplaner fremkommet af analysen

Metode

Denne analyse blev gennemført med empiri fra formøder med risikomanagerne, oplæg, litteratur, virksomhedsbesøg, analysemøder og gruppearbejde mellem analysemøderne.



Figur 1 Analyseprocessen - Analysen forløb fra september til slutningen af oktober 2017.

Første analysemøde blev indledt med teammedlemmernes forventninger til analysen. Herefter var der oplæg om udvikling i læringskultur, organisering og forskellige roller indenfor patientsikkerhedsområdet, læringskultur fra et ledelses perspektiv og læringskultur fra et pårørende perspektiv med refleksioner i plenum efter hvert oplæg. Med afsæt i oplæg, refleksioner og fokusområderne kultur, organisation, ledelse og kompetencer arbejdede analyseteamet videre i mindre grupper med at drøfte udfordringer og indsatser indenfor patientsikkerhedsområdet. Efter mødet blev dette samlet i et katalog over indsatsområder. Analyseteamet blev inddelt i arbejdsgrupper, som mellem analysemøderne udarbejdede forslag til handlinger under de identificerede indsatsområder. På andet analysemøde blev handlingerne kvalificeret og prioriteret.

Region Hovedstadens Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed var mellem analysemøderne på besøg i regionens virksomheder for at tale med kvalitetsorganisationerne herunder kvalitetschefen og risikomanagere om samarbejdet om patientsikkerhed internt i virksomhederne og med den regionale enhed. Derved blev der indhentet input til analysen fra samtlige dele af regionens virksomheder.

Punkt nr. 20 - Udmøntning af midler til styrkelse af patientsikkerhedsarbejdet og læring i forhold til hurtigere diagnosticering

Bilag 3 - Side -8 af 31

Analyseteam

Analyseteamet er udpeget og ledet af koncerndirektør Svend Hartling og Center for Sundhed. Det er sammensat af ledere på flere niveauer, kvalitetschefer, risikomanagere, klinikere, pårørende, Center for HR og en ekstern repræsentant fra Implement, som deltager med en rådgivende rolle i forhold til implementering af forbedringstiltag i sundhedsvæsenet. En del af medlemmerne fra analyseteamet fra den tværgående analyse af diagnosticering af meningitis og meningokoksygdom er med, så læring fra denne analyse kan inddrages i arbejdet med læringskulturen.

Det er endvidere sikret, at alle hospitaler i Region Hovedstaden, Psykiatrien, Den Præhospitale Virksomhed og Den Sociale Virksomhed er repræsenteret.

Analyseteamet er sammensat bredt for at belyse emnet fra så mange vinkler som muligt og sikre, at analysens handlinger kan integreres i regionens organisation efterfølgende.

Deltagere i analysen er:

- Koncerndirektør (Formand)
- Hospitalsdirektør og formand for Forum for Kvalitet
- Regional kvalitetschef
- Seks vicedirektører
- Centerdirektør
- Klinikchef
- Ledende overlæge
- To ledende oversygeplejersker
- Udviklingssygeplejerske
- Reservelæge
- En pårørende
- Tre kvalitetschefer
- Risikomanager
- Sektionschef fra Center for HR
- Enhedschef fra CAMES, Center for HR
- Konsulent fra Implement
- To regionale risikomanagere
- Regional konsulent

Analysegrundlag

Grundlaget for analysen er international litteratur om patientsikkerhedsarbejde, erfaringer fra organisering af patientsikkerhedsarbejdet i Region Hovedstaden, samt viden opnået i ”Tværgående analyse af diagnosticering af meningitis og meningokoksygdom”.

Analysens teoretiske grundlag:

Analyseteamet fik udleveret et udsnit af nyeste international litteratur om patientsikkerhed til inspiration:

- *A framework for Safe, Reliable and Effective Care (Frankel et al., 2017)*

Institute for Healthcare Improvement (IHI) har udviklet et koncept for et sikkert, pålideligt og effektivt sundhedssystem. Konceptet består af to domæner hhv. kultur og et lærende system, hvor ledelse er en komponent, der går på tværs af de to domæner. Kultur er her et produkt af individets og gruppes værdier, holdninger, kompetencer og adfærd, som former et stærk fundament, hvorpå der kan bygges et læringssystem. Et læringssystem er karakteriseret ved dets evne til at reflektere over sig selv og identificere styrker og svagheder både her og nu samt retrospektivt.

- *The problem with root cause analysis (Peerally et al., 2016)*

Kerneårsagsanalysen er en teknik til undersøgelse af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet lånt fra andre højrisiko industrier, men den har ifølge forfatterne ikke formået helt at leve op til forventningerne. Nogle af udfordringerne ved kerneårsagsanalysen er at selve navnet antyder, at der kan findes én årsag, at der er dårligt fungerende feedback loops og manglende læring på tværs af hændelser. Ved analyser af hændelser bør man derfor sikre, at de der udfører dem, har specialist kompetencer, at involvering af patienter og pårørende i undersøgelsen prioriteres, samt at implementering og evaluering af handlingsplaner bliver mere synlige i processen ved en kerneårsagsanalyse. For at maksimere effekten af læring skal læring på baggrund af hændelser, beskrivelse af implementerede handlingsplaner og deres effekt deles inden for og på tværs af organisationer.

- *Leading a culture of safety: A blueprint for success (Kaplan et al., 2017)*

Evidensbaseret koncept for ledere med redskaber og strategier til at skabe en sikkerhedskultur i sundhedsvæsenet i praksis. Den indeholder seks punkter, som ledere kan arbejde med for at udvikle og opretholde en sikkerhedskultur i organisationen. For eksempel at ledelsen skal opbygge tillid, vise respekt og fremskønne inklusion af medarbejdere samt patienter og pårørende, at den øverste ledelse skal være involveret i sikkerhedsarbejdet, samt at ledere er ansvarlige for at etablere et sikkerhedsmindset hos alle klinikere og medarbejdere.

- *The economics of patient safety (Slawomirski et al. 2017)*

OECD har udsendt en rapport om de økonomiske aspekter af patientsikkerhed. Konklusionen fra rapporten er:

Patientskade som følge af behandling er den 14. hyppigste årsag til 'sygdom' i det samlede globale sygdoms mønster. Blandt OECD landene udgør udgifterne som følge af patientskade 15% af de samlede hospitalsomkostninger. De fleste patientskader kan reduceres eller elimineres gennem systematiske forbedringer. Blandt de vigtigste forudsætninger for at opnå dette er udvikling og fastholdelse af positiv "Patientsikkerhedskultur". Ledelsernes involvering og visioner er grundstenene herfor.

- *Complexity Science in Healthcare (Braithwaite et al., 2017)*

Kompleksitetsteori viser, at sundhedssystemer ikke er lineære men komplekse systemer, der består af grupper af interagerende aktører, hvis interaktioner, aktiviteter her og nu samt over tid ændrer konteksten, udbyttet og adfærden både for andre og dem selv. Da sundhedssystemer i fremtiden vil blive mere og mere komplekse systemer, kan der være brug for at lære at anvende kompleksitetsteorier, når problemer skal løses fremfor at fortsætte med en mere traditionel lineær tilgang, som man tidligere har gjort.

- *Safer Healthcare –Strategies for the real world (Vincent og Amalberti, 2016)*

Bogen består af en samling af strategier for patientsikkerhed, hvor forskellige måder at arbejde med risikofaktorer og sikkerhed sættes ind i en bred ramme. Patientsikkerhed skal dog ikke tilgås på samme måde i forskellige kontekster. Patientsikkerhed skal derimod ses gennem patientens øjne for at vurdere, hvordan sikkerheden styres i forskellige kontekster, om det er på et hospital, i almen praksis eller i behandling i patientens hjem. Risikofaktorer og fordele ved behandlingen kortlægges i patientens vej gennem sundhedsvæsenet. Der skal være fokus på patienten og pårørende i analyse og anbefalinger. I fremtidens sundhedsvæsen, hvor mere og mere behandling foregår i patientens hjem, er der brug for en vision for patientsikkerhed med fokus på patienten og dennes omgivelser mere end på professionelle og hospitalers omgivelser.

Analysens empiriske grundlag består af:

- Tværgående analyse af diagnosticering af meningitis og meningokoksygdom
- Formøde med risikomanagerne fra virksomhederne (Bilag 2)
- Analyseteamets viden og erfaringer
- Oplæg ved første møde i analyseteamet
- Besøg i virksomhedernes kvalitetsorganisationer (Bilag 3)

Analyse

Med afsæt i det teoretiske og empiriske grundlag har analyseteamet ved gruppearbejde på første møde identificeret følgende indsatsområder:

- Ensartet god og anerkendende patientsikkerhedskultur
- Patientsikkerhed højere på dagsordenen ved større ledelsesprioritering
- Afklaring af roller og ansvar i forhold til patientsikkerhedsarbejdet
- Øgede kompetencer på patientsikkerhedsområdet
- Medarbejderdrevet patientsikkerhed
- Større involvering af patienter og pårørende i patientsikkerhedsarbejdet
- Nytænkning af analyser samt spredning af læring
- Højere kvalitet af analyser og større fokus på det proaktive patientsikkerhedsarbejde
- Systematisk læring af klage- og erstatningssager

Disse blev samlet i nedenstående fem indsatsområder.

1. Fokus på ledelse og anerkendende læringskultur

Analysen har understreget vigtigheden af, at ledelsen tager ansvar for at sikre, at der er en god og anerkendende læringskultur, der kan fremme arbejdet med patientsikkerhed. Ledelsen har ansvaret for konkret at sikre, at der bliver taget hånd om utilsigtede hændelser, og fulgt op på de tiltag, der er sat i værk for at forebygge at en lignende utilsigtet hændelse gentages. Endvidere har ledelserne ansvaret for at være på forkant med proaktive metoder og forebygge, at der sker utilsigtede hændelser.

Læring er kulturelt dybt integreret i det sundhedsfaglige arbejde. I det daglige arbejde, sker der læring i mange situationer. Ledelsen er kulturbærer, og der er behov for, at der fra den øverste ledelse og ned igennem organisationen sættes fokus på læring for at understøtte den lærende kultur.

Det fremmer en åben, tillidsfuld og lærende kultur, når ledere går foran f.eks. ved at fortælle om egne erfaringer og fejl. Endvidere bør lederne være nysgerrige og indhente medarbejdernes oplevelser af de utilsigtede hændelser og deres forslag til handlinger. Derved sikres en anerkendende kultur, hvor medarbejderne oplever, at det er værdsat at tale om fejl. Der kan være behov for inspiration til, hvordan man som ledelse kan tydeliggøre den anerkendende læringskultur i handling. Det er ligeledes nødvendigt med et redskab til at kunne monitorere læringskulturen for at følge udviklingen og kunne sætte ind med forbedringer.

Ledelsesmæssigt er patientsikkerhed et højt prioriteret område, men området er kommet i konkurrence med mange andre områder hos den øverste ledelse. Der er derfor behov for at få patientsikkerhed højere på dagsordenen i alle ledelseslag.

2. Kompetenceudvikling, roller og ansvar i patientsikkerhedsarbejdet

Det er ledelsen, der har ansvaret for patientsikkerhedsarbejdet, med kvalitetsorganisationen og risikomanagerne som stærke sparringspartnere. Lederne kan hente viden, sparring og facilitering af analyser fra risikomanagerne. Risikomanageren skal derfor være klædt på til opgaven og have råderum til at løse opgaven. En forudsætning for dette er, at der er en funktionsbeskrivelse for risikomanagerfunktionen, samt at patientsikkerhed skal være risikomanagerens kerneopgave. Der ønskes derfor udarbejdet en generisk funktionsbeskrivelse for risikomanagerfunktionen.

Analyseteamet har identificeret, at risikomanagerne har brug for kompetenceudvikling for at kunne honorere ovenstående funktioner i en nuværende kontekst, og det er derfor nødvendigt, at der udvikles en ny uddannelse til kompetenceudvikling af risikomanagere. Uddannelsen skal kunne rumme kompleksiteten i sundhedsvæsenet og den teknologiske udvikling. Det er vigtigt, at en ny uddannelse af risikomanagere bliver tilpasset de eksisterende og kommende udfordringer i fremtiden på patientsikkerhedsområdet f.eks., at der sker en udvikling mod korte forløb på hospitalet, at flere opgaver flyttes fra hospitaler til kommuner, og at der kommer udgående funktioner fra hospitalerne. Endvidere skal uddannelsen give kompetencer til proaktive risikovurderinger ved flytning af opgaver eller nyetablering af funktioner, opgaver eller projekter.

Virksomhederne efterspørger implementeringskompetencer, herunder viden om hvordan man skaber ændringer og viden om barrierer for at implementere handlingsplaner. Der er brug for, at der er implementeringskompetencer til stede i afdelingerne, så der kommer et øget fokus og viden om implementering i afdelingerne generelt. Virksomhederne foreslår derfor, at implementeringskompetencer skal være en del af kompetenceudviklingen både på uddannelse for risikomanager og på lederprogrammer.

Der er brug for en mere ensartet uddannelse i patientsikkerhedsarbejdet på flere niveauer. Der skal være fokus på patientsikkerhed i lederuddannelsesprogrammer i regionen, så lederne i højere grad bliver klædt på til deres rolle i patientsikkerhedsarbejdet. Endvidere skal uddannelsen for de lokale kvalitetskonsulenter/patientsikkerhedskoordinatorer matche udviklingen i patientsikkerhedsarbejdet.

3. Medarbejderdrevet patientsikkerhed

Der skal være plads til, at medarbejdere kan komme med deres opmærksomhed, bekymringer og ideer til patientsikkerhedsarbejdet. Dette med henblik på at sikre en bottom up tilgang i arbejdet med patientsikkerhed, så patientsikkerhed bliver drevet af medarbejderne tæt på patienten. Der skal være plads til og mulighed for at alle, lige fra yngste til erfarne læge og sygeplejerske, kan komme med deres bekymring og forslag til forbedringer. Der skal være incitament til og bevidsthed om, at læring i dagligdagen er prioriteret højt.

4. Involvering af patienter og pårørende

Patienter og pårørende er eksperter i deres egne forløb og har en indsigt i forløb på tværs af enheder, funktioner og hospitaler, som sundhedsvæsenet kan drage stor nytte af. Flere kerneårsagsanalyser viser, at netop manglende lydhørhed overfor pårørendes bekymring er en faktor, der går igen i de konkrete hændelser. Det gælder i den tværgående analyse af diagnosticering af meningitis og meningokoksygdom, men også i en aggregeret analyse af selvmord og alvorlige selvmordsforsøg. Patienter og pårørende skal derfor involveres i både det reaktive og proaktive patientsikkerhedsarbejde. I virksomhederne i Region Hovedstaden anvendes forskellige modeller. Der er brug for, at der udbredes metoder til mere systematisk involvering af patienter og pårørende med inddragelse af specialister på området i form af Kompetencecenter for Patientoplevelser. Endvidere skal det indtænkes i de prægraduate uddannelser, hvorledes klinikerne uddannelsesmæssigt understøttes i at få involveret patienter og pårørende i samarbejdet om patientsikkerhed.

5. Højere kvalitet og nytænkning af analysemetoder og modeller

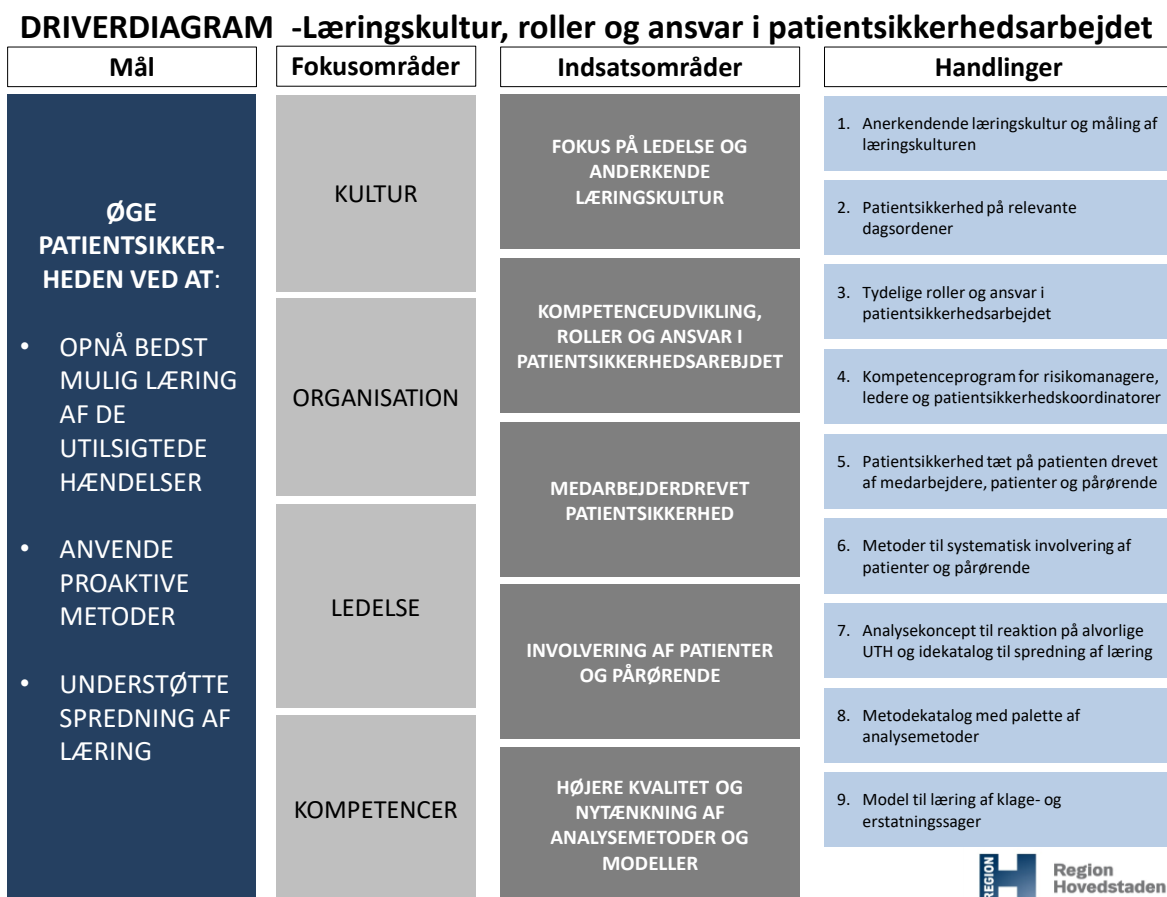
Arbejdet med utilsigtede hændelser skal styrkes ved at gennemføre analyserne hurtigere, have en bredere palette af analysemetoder og ved at sikre udarbejdelse af stærke handlingsplaner. Endvidere skal der sikres de rette redskaber til at implementere handlingsplanerne, og at den læring der opnås efter en utilsigtet hændelse spredes. Der skal ligeledes fokus på at arbejde mere forebyggende med patientsikkerhedsarbejdet gennem anvendelsen af proaktive metoder.

Det er vigtigt med muligheder for at kunne sprede læring, f.eks. direkte feedback, møder i netværk på tværs af afdelinger, på et hospital og i netværk på tværs af hospitaler. Spredning af læring skal tænkes både lokalt, regionalt og nationalt.

Der er endvidere en kilde til læring fra klage- og erstatningssager, som bør systematiseres.

Driver diagram med overblik over analyseresultater

Analyseteamet identificerede fem konkrete indsatsområder, der skal bidrage til at øge patientsikkerheden. Inden for indsatsområderne er der udarbejdet ni handlinger med en række konkrete indsatser.



Figur 2 Driverdiagram – læringskultur, roller og ansvar i patientsikkerhedsarbejdet

- Handling 1 - Understøtte en anerkendende læringskultur fra ledelsen samt udvikle og gennemføre måling af læringskulturen
- Handling 2– Etablere patientsikkerhed som fast punkt på relevante dagsordener med tydelig ledelsesprioritering
- Handling 3- Sikre at ledere, risikomanagere og medarbejdere har tydelige roller og ansvar i patientsikkerhedsarbejdet
- Handling 4 – Udvikle kompetenceprogram for risikomanagere, ledere og patientsikkerhedskoordinatorer
- Handling 5 – Sikre at patientsikkerhedsarbejdet kan foregå tæt på patienten drevet af medarbejdere og patienter/ pårørende samt koble UTH og forbedringsarbejdet

Punkt nr. 20 - Udmøntning af midler til styrkelse af patientsikkerhedsarbejdet og læring i forhold til hurtigere diagnosticering
Bilag 3 - Side -15 af 31

- Handling 6 - Udbrede metoder til mere systematisk involvering af patienter og pårørende i patientsikkerhedsarbejdet
- Handling 7 –Udvikle nyt analysekoncept med hurtigere reaktion på alvorlige UTH, stærke handlingsplaner, implementeringsredskaber samt idekatalog til spredning af læring
- Handling 8 - Beskrive metodekatalog med palette af analysemetoder såvel reaktive, proaktive som aggregerede analysemetoder og udbrede metoderne
- Handling 9 – Udvikle model til læring af klage- og erstatningssager hvor adskillelsen af det sanktionerende og lærende system fastholdes

Alle handlinger beskrives nærmere i det følgende afsnit.

De ni handlinger skal ses som dele af en samlet indsats, der kan bidrage til at opnå det overordnede mål at øge patientsikkerheden. Det er ikke tanken, at de enkelte handlinger kan stå alene, men at synergien i at sætte ind på flere fronter gør, at målet kan opnås. Alle handlingerne skal yderligere kvalificeres, beskrives og udvikles af de ansvarlige for de enkelte handlinger i samarbejde med relevante aktører. Når de konkrete handlinger igangsættes, vil de ansvarlige få til opgave at udarbejde egentlig projektplaner. Disse planer vil indeholde konkrete aktiviteter, målpunkter og en specificering af opfølgnings- og justeringsproces for de enkelte handlinger.

Handlingernes succes afhænger derudover af ledelsesinvolvering – at ledelserne baner vejen, bakker op og bidrager i såvel det indledende udviklingsarbejde som i fastholdelsen af indsatserne.

Handlinger

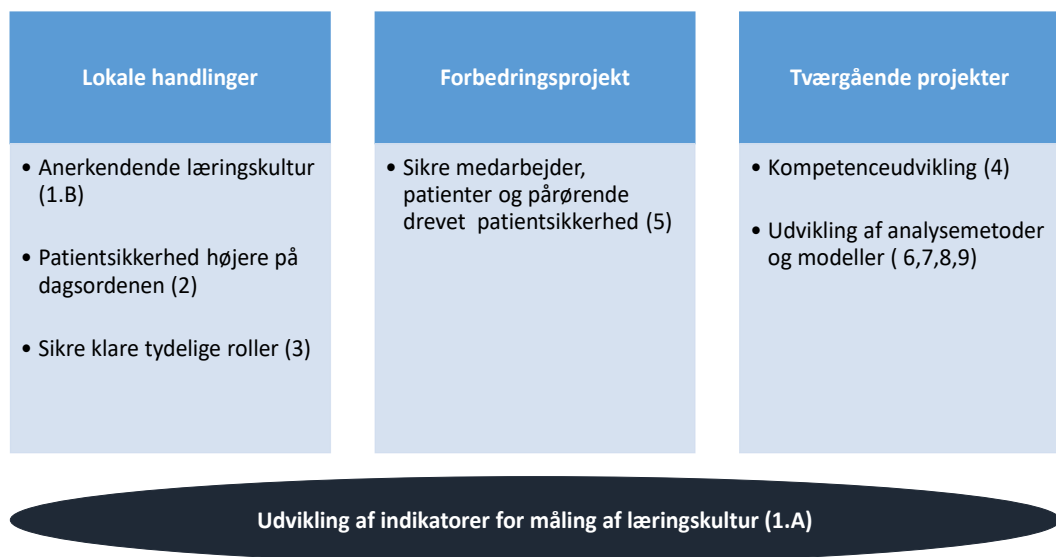
Analysens overordnede mål er at øge patientsikkerheden ved at:

- opnå bedst mulig læring af de utilsigtede hændelser
- anvende proaktive metoder
- understøtte spredning af læring

Analysen har haft fire fokusområder: kultur, organisation, ledelse og kompetencer. På baggrund af mål og fokusområder har analyseteamet identificeret fem indsatsområder og ni handlinger med en række underliggende konkrete indsatser.

Handlingerne indeholder følgende større indsatser

- Lokale handlinger i virksomhederne
- Forbedringsprojekt
- Tværgående projekter



Figur 3 Overblik over handlinger

Handling 1 –Understøtte en anerkendende læringskultur fra ledelsen samt udvikle og gennemføre måling af læringskulturen

1.A

Indsats: Udvikle indikatorer for måling af læringskultur i Region Hovedstaden.

Der skal tages stilling til, om der kan tages udgangspunkt i enkelte elementer fra patientsikkerhedskulturmåling i regionen fra 2006 samt i nedenstående kendetegn for en læringskultur.

En læringskultur² er kendetegnet ved:

- at man står ved og tager ansvar for fejl
- at man er åben overfor forandring, og det at man altid kan blive klogere og dygtigere
- at man har en åben og ærlig kommunikation med konstruktiv feedback og kritik.
- at man analyserer, hvad der har forårsaget eller bidraget til fejlen og forsøger at forstå, hvorfor fejlen er sket.
- at man forsøger at finde en løsning som forhindrer at fejlen kan opstå igen.
- at man lærer af sine fejl, så man ikke begår den samme fejl igen og igen.

Ambitionsniveau: At følge udviklingen i læringskulturen, og se om indsatserne har den ønskede effekt.

Tidsfrist: Udvikling af indikatorer er klar ved udgangen af januar 2018.

Baselinemåling gennemføres primo 2018 med opfølgende måling i januar 2019.

Ansvarlig: Center for HR og Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed

Monitorering: Koncernledelsen og virksomhedsdirektioner følger målingerne med henblik på evaluering af indsatserne.

1.B

Indsats: Ledelserne går forrest i understøttelsen af en god og anerkendende læringskultur med en undersøgende og nysgerrig tilgang til udredning og handling efter en utilsigtet hændelse. Der ønskes inspiration til ledelserne. Derfor udarbejdes inspirationsmateriale til ledelserne med udgangspunkt i nedenstående tiltag og andre metoder, som allerede er i drift i afdelingerne.

Eksempler på mulige tiltag for ledelserne:

- Gå forrest med efterspørgsel af utilsigtede hændelser og dele egne utilsigtede hændelser
- Opfordre til at uhensigtsmæssige forløb og fejl bliver rapporteret som utilsigtet hændelse

² <http://www.vis.dk/indlaeg/kvalitetsudvikling/l-ringskultur-er-en-foruds-tning-kvalitetsudvikling>

Punkt nr. 20 - Udmøntning af midler til styrkelse af patientsikkerhedsarbejdet og læring i forhold til hurtigere diagnosticering
Bilag 3 - Side -18 af 31

- Efterspørge utilsigtede hændelser fast ved tavlemøder
- Have handlingsplaner fra analyse af utilsigtede hændelser på forbedringstavler
- Lære af afdelinger og andre hospitaler i forhold til løsning af problemområder
- Sparring af yngre læger og plejepersonale med henblik på at skabe rum til, at de kan udtrykke deres bekymring om risici for patientsikkerheden
- Have fokus på læring af nærhændelser
- Drøfte utilsigtede hændelser i tværfaglige fora og understøtte teamsamarbejdet om patientsikkerhed
- Skabe åbenhed om bekymringer i forhold til patientsikkerheden fra medarbejdere, ledere, patienter og pårørende
- Involvere patienter og pårørende i patientsikkerhedsarbejdet
- Sikre at patientsikkerhed er på introduktionsprogram af nye medarbejdere
- Gå patientsikkerhedsrunder i afdelingerne

Ambitionsniveau: Ledelserne skaber en god og anerkendende læringskultur, hvor der er åbenhed om utilsigtede hændelser for at opnå bedst mulig læring.

Tidsfrist: Ved udgangen af andet kvartal 2018 er inspirationsmaterialet udarbejdet og videregivet til direktionerne med henblik på spredning i virksomhederne.

Ansvarlig: Virksomhedsdirektionerne
Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed forestår udarbejdelse af inspirationsmateriale i samarbejde med kvalitetsorganisationerne.

Monitorering: Følges i Forum for Kvalitet via måling af læringskultur.

Handling 2 –Etablere patientsikkerhed som fast punkt på relevante dagsordener med tydelig ledelsesprioritering

2.A

Indsats: Etablere patientsikkerhed som fast dagsordenpunkt på møder i koncernledelsen en gang i kvartalet. Punktet skal være en læringsdrøftelse med udgangspunkt i data om utilsigtede hændelser. Virksomhederne og Center for Sundhed leverer data til dagsordenpunktet.

Ambitionsniveau: Større ledelsesinvolvering i arbejdet med utilsigtede hændelser, så denne del af patientsikkerhedsarbejdet kommer helt ind i kernen af ledelsen med et kontinuerligt fokus.

Tidsfrist: Indføres i første kvartal 2018

Ansvarlig: Koncernledelsen

Punkt nr. 20 - Udmøntning af midler til styrkelse af patientsikkerhedsarbejdet og læring i forhold til hurtigere diagnosticering
Bilag 3 - Side -19 af 31

Monitorering: Evalueres efter et år i koncernledelsen i sammenhæng med drøftelse af resultater fra måling af læringskulturen (1.A)

2.B

Indsats: Virksomhedsledelserne sikrer, at der jævnligt bliver drøftet patientsikkerhed som fast dagsordenpunkt i relevante fora i virksomhederne.

Direktion og afdelinger har et kontinuerligt overblik over deres utilsigtede hændelser, hvordan de handler og drager læring af hændelserne, samt hvordan hændelserne er integreret i forbedringsarbejdet.

Ambitionsniveau: Det er en ledelsesopgave at prioritere arbejdet med patientsikkerhed på alle ledelsesniveauer i organisationen.

Tidsfrist: Indføres i første kvartal 2018

Ansvarlig: Virksomhedsdirektioner

Monitorering: Evalueres løbende af direktionerne i egen virksomhed samt et år efter i koncernledelsen i sammenhæng med drøftelse af resultater fra måling af læringskulturen.

Handling 3 – Sikre at ledere, risikomanagere og medarbejdere har tydelige roller og ansvar i patientsikkerhedsarbejdet

3.A

Indsats: Ledelserne sikrer at roller og ansvar i patientsikkerhedsarbejdet er tydelige og tilpasses resultater af denne analyse.

Ambitionsniveau: Ledelserne har ansvaret for patientsikkerhedsarbejdet og sikrer, at roller og ansvar er klart beskrevet og integreret i virksomhederne.

Tidsfrist: Igangsættes i første kvartal 2018

Ansvarlig: Virksomhedsdirektioner og linjeledelser

Monitorering: Følges i Forum for Kvalitet og evalueres med måling af læringskultur (1.A)

Handling 4 –Udvikle kompetenceprogram for risikomanagere, ledere og patientsikkerhedskoordinatorer

4.A

Indsats: Udvikle formaliseret uddannelse af risikomanagere i regionen, som på sigt kan løftes nationalt. Komplexiteten i patientforløb skal tænkes ind i uddannelsen, og den skal indeholde opdateret viden om proaktiv og reaktiv risikostyring.

Indtil uddannelsen er på plads øges fokus på sidemandsoplæring af nye risikomanagere i samarbejde mellem hospitalerne og gennem risikomanagernetværket.

Ambitionsniveau: Uddannelsen skal være på Masterniveau og være ECTS pointgivende. Alle risikomanagere skal være sundhedsfaglige. Optimalt skal en læge og en sygeplejerske dele risikomanager-funktionen på hvert hospital.

Tidsfrist: Uddannelseskoncept skal være udarbejdet inden udgangen af 2018. Etablering af uddannelsen begyndes i 2019.

Ansvarlig: Center for HR i samarbejde med kredsen af kvalitetschefer og Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed

Monitorering: Følges i Forum for Kvalitet

4.B

Indsats: Etablere undervisning i patientsikkerhed på lederuddannelsesprogrammer herunder uddannelsen af ledelse af tværgående patientforløb.

Ambitionsniveau: Patientsikkerhed skal indgå i lederuddannelsesprogrammer.

Tidsfrist: Undervisningen er etableret ved udgangen af 2018

Ansvarlig: Center for HR i samarbejde med Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed.

Monitorering: Følges i Forum for Kvalitet.

4.C

Indsats: Sikre at analysens resultater integreres i indholdet på kursus for patientsikkerhedskoordinatorer (PSK)

Ambitionsniveau: PSK kursus skal understøtte analysens indsatsområder.

Tidsfrist: Kurset revideres i fjerde kvartal 2018 med opstart i 2019.

Ansvarlig: Center for HR og CAMES i samarbejde med Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed.

Monitorering: Evalueres efter et år i Forum for Kvalitet.

Handling 5 – Sikre at patientsikkerhedsarbejdet kan foregå tæt på patienten drevet af medarbejdere i samarbejde med patienter og pårørende

5.A

Indsats: Etablere et forbedringsprojekt, der pilottestes på et hospital. Projektet skal koble medarbejdere, patienter og pårørendes bekymringer og ideer om forbedringer af patientsikkerheden med de utilsigtede hændelser og det øvrige forbedringsarbejde.

Der skal udpeges et hospital, der udarbejder projektbeskrivelse. Det ønskes, at hospitalet arbejder med at udvikle en model for, hvordan der skabes mulighed for at integrere utilsigtede hændelser, bekymringer og ideer om patientsikkerheden i forbedringsarbejdet f.eks. via forbedringstavler og personlig feedback modeller.

Der kan hentes inspiration fra Psykiatrien – se bilag 4, og der skal inddrages eksperter med kompetencer i forbedringsmetoden.

Erfaringer opsamles efter pilottest, og model udbredes herefter til alle virksomheder.

Ambitionsniveau: Patientsikkerhed skal forankres tæt på patienten drevet af medarbejdere og patienter/pårørendes ideer og løftes af ledelsen.

Tidsfrist: Forbedringsprojekt påbegyndes i andet kvartal 2018, testes og udbredes herefter.

Ansvarlig: Forum for Kvalitet

Koncernledelsen udpeger hospital til pilottest

Center for HR og CAMES involveres i forhold til personlig feedback model.

Monitorering: Følges i Forum for Kvalitet

Evalueres et år efter ibrugtagning af ny model.

Handling 6 – Udbrede metoder til mere systematisk involvering af patienter og pårørende i patientsikkerhedsarbejdet

6.A

Indsats: I samarbejde med patientvejlederne forbedre information til patienter og pårørende om muligheden for at rapportere UTH og få kontakt til afdelingsledelser via:

Punkt nr. 20 - Udmøntning af midler til styrkelse af patientsikkerhedsarbejdet og læring i forhold til hurtigere diagnosticering
Bilag 3 - Side -22 af 31

- Mere tydelig information i dialog med patienten og pårørende, og i materiale der udleveres til patienter og pårørende
- Link på forsiden af regionh.dk til rapportering af UTH

Ambitionsniveau: Det skal være tydeligt og let tilgængeligt for patienter og pårørende, at de har mulighed for at rapportere en utilsigtet hændelse.

Tidsfrist: Inden udgangen af andet kvartal 2018.

Ansvarlig: Virksomhedsdirektionerne

Monitorering: Følges i Forum for Kvalitet

6.B

Indsats: Ved analyser skal der systematisk tages stilling til, hvordan patienter og pårørende involveres. Det kan enten forgå via interview, deltagelse i analysen eller kommentering af handleplaner.

Dette skal fremgå i beskrivelserne af analysemetoder (handling 7 og 8) og indarbejdes i kompetenceprogrammer (handling 4)

Ambitionsniveau: Der skal være en systematik i forhold til involvering af pårørende i analyser. Patienter og pårørendes perspektiv skal altid være en del af analysen.

Tidsfrist: Indføres fra første kvartal 2018

Ansvarlig: Virksomhedsdirektionerne

Monitorering: Følges i Forum for Kvalitet, som drøfter erfaringerne efter et år.

6.C

Indsats: Afdækning af muligheder for involvering af pårørende i patientsikkerhedsarbejdet f.eks. deltagelse i analyser, patientsikkerhedsrunder og staff meetings, som efterfølgende kan testes i forbedringsprojekt på et hospital.

Kompetencecenter for Patientoplevelser forestår udredningen, som forelægges Forum for Kvalitet med henblik på at udvælge forbedringsprojekt og hospital der pilottester.

Ambitionsniveau: Patienter og pårørende skal være en aktiv del af patientsikkerhedsarbejdet.

Tidsfrist: Afdækning skal være foretaget inden udgangen af andet kvartal 2018 og forelægges Forum for Kvalitet med henblik på udbredelsen til virksomhederne.

Ansvarlig: Forum for Kvalitet

Udredningen udarbejdes af Kompetencecenter for Patientoplevelser

Monitorering: Forum for Kvalitet

Handling 7 –Udvikle nyt analysekoncept med hurtigere reaktion på alvorlige UTH, stærke handlingsplaner, implementeringsredskaber samt idekatalog til spredning af læring

7.A

Indsats: Udvikle nyt analysekoncept med henblik på hurtigere reaktion og bedre analyser ved alvorlige utilsigtede hændelser.

Analyseprocessen skal være faseopdelt i en akut fase og en dyberegående fase.

Analyseprocessen ses derved som en mere cirkulær proces med en primær risikovurdering og hurtig analyse med spredning af læring efterfulgt af en dyberegående analyse med spredning af læring

Konceptet skal indeholde:

- Systematisering af akut fase med primær risikovurdering og analyse
- Rammerne for den dyberegående analyse, herunder
 - Valg af metode
 - Roller ved analysেমøder og hvad man skal forberede sig på inden mødet evt. indhentning af evidens.
 - Inddragelse af patient og pårørende
 - Overvejelse af om eksterne skal deltage i analyser, f.eks. en fra en anden afdeling eller et andet hospital.
 - Systematisk styrkevurdering af handlingsplaner for at sikre stærke handlingsplaner ved udarbejdelse af analysen.
 - Implementering og opfølgning på handlingsplaner.
 - Spredning af læring (Idekatalog til spredning af læring i handling 7.B) herunder sikre at vigtig læring fra analyser formidles ud i organisationen indenfor en kort tidsperiode.
- Videreudvikling af eksisterende tjekliste til ledelserne for vurdering af handlingsplaner og efterfølgende opfølgning og læringen
- Udarbejdelse af generisk flowchart over opgaver i virksomheden i forhold til analyser – med plads til placering af roller og ansvar.

Der skal nedsættes en arbejdsgruppe, der udvikler konceptet, udarbejder projektbeskrivelse og afprøver det som forbedringsprojekt på et hospital. Der skal inddrages eksperter med kompetencer i forbedringsmetoden.

Erfaringer opsamles efter pilot-test, og konceptet udbredes herefter til alle virksomheder.

Ambitionsniveau: Hurtigere og mere systematisk analyse og læring. Den første akutte risikovurdering skal foregå indenfor få dage, fra den utilsigtede hændelse er rapporteret, mens den dybdegående analyse skal være udarbejdet indenfor tre uger.

Ledelserne skal systematisk kunne vurdere og udfordre styrken af handlingsplaner og lede opfølgningen.

Punkt nr. 20 - Udmøntning af midler til styrkelse af patientsikkerhedsarbejdet og læring i forhold til hurtigere diagnosticering
Bilag 3 - Side -24 af 31

Tidsfrist: Udvikles i første kvartal 2018, testes andet kvartal 2018 og udbredes herefter til alle virksomheder.

Ansvarlig: Forum for Kvalitet

Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed forestår nedsættelse af en mindre arbejdsgruppe med forskellige eksperter, som udarbejder et udkast til Forum for Kvalitet.

Forum for Kvalitet udpeger hospital til pilottest.

Monitorering: Følges i Forum for Kvalitet.

Evalueres et år efter ibrugtagning af det nye koncept.

7.B

Indsats: Udarbejde idekatalog med ideer til spredning af læring i virksomhederne med henblik på at teste forskellige metoder for at optimere spredningen af læring.

Idekataloget kan indeholde:

- Model for spredning af læring via
 - Tavlemøder
 - Staff meeting
 - Story Telling
 - Forbedringsmodellen
 - Fokuseret spredning af viden til de rette interessenter, herunder muligheder for tilbagemelding til medarbejdere om konkrete patientforløb.
 - Ugens patientsikkerhedscase: Cases skal komme fra klinikerne og på som fast punkt på tavlemøde samt løftes op i organisationen via tavlemøder til evt. generisk læring i regionen.
 - Læringsmestre blandt læger og plejepersonale, der kan understøtte PSK'erne i at sprede læring.

Forum for Kvalitet udpeger hospital, som kan teste metoder i afdelinger.

Erfaringer opsamles efter pilottest, og udbredes herefter til alle virksomheder.

Ambitionsniveau: Det er direktionernes opgave at sprede læring til klinikere, afdelingsledelser, regionale og nationale niveauer.

Tidsfrist: Idekataloget er udarbejdet ved udgangen af andet kvartal 2018.

Ansvarlig: Forum for Kvalitet

Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed forestår udvikling af idekatalog i samarbejde med kvalitets- og forbedringschefer.

Monitorering: Følges i Forum for Kvalitet

Evalueres et år efter ibrugtagning af idekatalog. .

Handling 8 –Beskrive metodekatalog med palette af analysemetoder såvel reaktive, proaktive og aggregerede analysemetoder og udbrede metoderne

8.A

Indsats: Beskrive metodekatalog med palette af analysemetoder såvel reaktive, proaktive som aggregerede analysemetoder. Dertil udvikle/revidere metodiske læringssæt indenfor patientsikkerhedsmetodikker evt. med involvering af eksterne parter.

På kort sigt udarbejdes en præcisering af de nuværende analysemetoder i regionen, samt hvornår hvilken metode skal benyttes.

Ambitionsniveau: Mere systematik i arbejdet med læring af hændelser.

Det skal være tydeligt, hvornår man skal anvende de forskellige analysemetoder.

Tidsfrist: Metodekatalog skal være færdigt ved udgangen af 2018

Præcisering af nuværende analysemetoder er afsluttet ved udgangen af januar 2018.

Ansvarlig: Forum for Kvalitet

Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed forestår arbejdet med metodekatalog og læringssæt i samarbejde med kvalitetschefskredsen og risikomanagernetværket

Monitorering: Følges i Forum for Kvalitet

8.B

Indsats: Udbrede metoder til at arbejde aggregeret med utilsigtede hændelser, herunder en præcisering af, hvornår der med fordel kan gennemføres en aggregeret analyse.

Formålet er at arbejde med mønstre i de utilsigtede hændelser med henblik på at finde patientforløb eller overgange i patientforløb, der er risikofyldte.

Der indhentes erfaringer med aggregerede analyser af UTH fra de forskellige virksomheder.

Ambitionsniveau: Mere systematik i det aggregerede arbejde med læring af utilsigtede hændelser.

Tidsfrist: Erfaringer er samlet og udbredes til virksomhederne ved udgangen af fjerde kvartal 2018.

Ansvarlig: Forum for Kvalitet

Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed forestår samling af erfaringer i samarbejde med kvalitetschefskredsen

Monitorering: Følges i Forum for Kvalitet

8.C

Indsats: Relancere proaktive metoder inden for patientsikkerhedsarbejdet eksempelvis:

- Patientsikkerhedsrunder
- I patientens fodspor
- Fejlkildeanalyser
- Risikoanalyser
- Spørge medarbejderne samt patienter og pårørende, hvad de oplever som patientsikkerhedsrisici, og hvad de ser af muligheder for forbedringer med systematisk opsamling i en fælles tilgængelig database.

Beskrive fordele og ulemper ved de proaktive metoder samt anbefalinger af, hvornår hvilken metode kan benyttes.

Ambitionsniveau: At være på forkant og forebygge at utilsigtede hændelser opstår.

Tidsfrist: Relancering af de proaktive metoder er gennemført ved udgangen af fjerde kvartal 2018.

Ansvarlig: Virksomhedsdirektionerne er ansvarlige for relancering.
Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed samler materiale om proaktive metoder.

Monitorering: Følges i Forum for Kvalitet

Handling 9 –Udvikle model til læring af klage- og erstatningssager hvor adskillelsen af det sanktionerende og lærende system fastholdes

9.A

Indsats: Udvikle en model til læring af klage- og erstatningssager herunder afdække, om der er eksisterende og velfungerende modeller. Det kan overvejes om modellen efterfølgende kan forankres nationalt eks. med national database over læringspunkter fra klage- og erstatningssager.

Ledelserne skal desuden opfordres til fortsat at identificere utilsigtede hændelser ved dialogmøder i forbindelse med klagesager og få de utilsigtede hændelser rapporteret.

Ambitionsniveau: Klage- og erstatningssager skal indgå som systematisk videnskilde til læring. Læring skal sikres spredt på tværs af virksomheder.

Tidsfrist: Modellen er udviklet med udgangen af 2018.

Ansvarlig: Forum for Kvalitet

Punkt nr. 20 - Udmøntning af midler til styrkelse af patientsikkerhedsarbejdet og læring i forhold til hurtigere diagnosticering
Bilag 3 - Side -27 af 31

Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed forestår udviklingsarbejdet i samarbejde med afdelingsledelser, sundhedsjurister fra administrationen og virksomhederne.

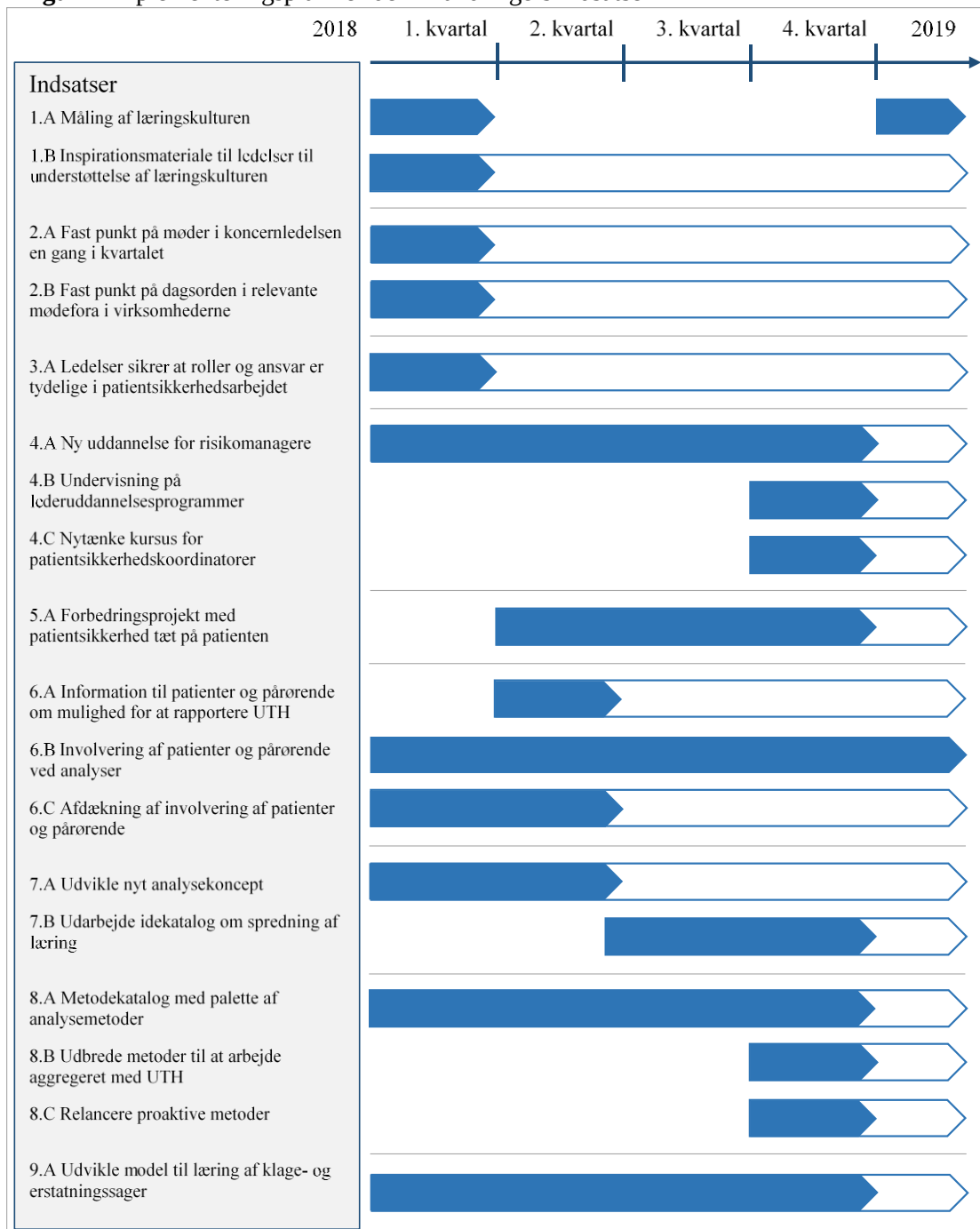
Monitorering: Forum for Kvalitet.

Modellen evalueres efter have været anvendt i et år.

Implementeringsplan

Der er udarbejdet en implementeringsplan, hvor handlinger er prioriteret i forhold til, hvilke områder det findes essentielt at arbejde med først for at øge patientsikkerheden i regionen. Prioriteringen er med udgangspunkt i input til prioritering fra virksomhedernes kvalitetsorganisationer.

Figur 4 Implementeringsplan for de ni handlingers indsatser



Opfølgning

Analyseteamet har opstillet ambitiøse handlinger, hvor handlingerne komplimenterer hinanden og er gensidigt afhængige, hvilket afspejler sig i implementeringsplanen.

Fremdrift i handlingerne følges på koncernledelsesmøder 6, 9, 12 og 24 måneder efter at rapporten er godkendt. Det er Forum for Kvalitet, der forankrer handlingerne og fremlægger status på handlingerne på koncernledelsesmøderne.

Handlingerne er bevidst differentieret i forskellige styrker. Analyseteamet er bevidste, om at vejledninger, metodebeskrivelse, og idekataloger er mere svage handlinger, men disse ses i denne kontekst som en forudsætning for at ledelser og medarbejdere reelt kan forbedre læringskulturen.

Handlingerne monitoreres overordnet via måling af læringskulturen, som bygges op omkring analysens målsætning.

Der holdes et statusmøde ultimo januar 2018 for at sikre, at alle planlagte handlinger i første kvartal 2018 er i gang. Dette danner grundlag for første afrapportering til koncernledelsen.

Rapporten vil blive formidlet til Styrelsen for Patientsikkerhed samt til Danske Regioner.

Bilagsliste

Bilag 1	Kommissorium for analyse af læringskultur og risikomanagerens rolle
Bilag 2	Notat: Formøde med risikomanagerne i Region Hovedstaden
Bilag 3	Notat: Virksomhedsbesøg vedr. analyse af læringskultur og risikomanagerens rolle 2017
Bilag 4	Notat: Formidling af UTH data i Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center

Litteraturliste og vejledninger

- A Framework for Safe, Reliable, and Effective Care, Frankel et al., Institute for Healthcare Improvement, 2017.
- Complexity Science in Healthcare - Aspirations, Approaches, Applications and Accomplishments. Braithwaite et al., Australian Institute of Health Innovation, 2017.
- Leading a Culture of Safety – A Blueprint for Success, Kaplan et al., American College of Healthcare Executives, 2017.
- Læring af fejl i sundhedsvæsenet - tema i Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen nr. 5, 2017.
- Læringskultur er en forudsætning for kvalitetsudvikling, Vis.dk –forum for vidensspredning i sundhedsvæsenet. Set november 2017
<http://www.vis.dk/indlaeg/kvalitetsudvikling/l-ringskultur-er-en-foruds-tning-kvalitetsudvikling>
- Safer Healthcare – Strategies for the Real World, Vincent og Amalberti, Springer Open, 2016.
- Svigt i sundhedsvæsenet kostede min søn livet. Men jeg leder ikke efter syndebukke, kronik af Ivar Petersen i Information 20. september 2017.
- The problem with root cause analysis, Peerally et al., British Medical Journal Quality & Safety, 2016.
- The Economics of Patient Safety - Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level, Slawomirski et al., OECD, 2017.
- VIP- vejledning: UTH - Utilsigtede hændelser (UTH) og nærhændelser - identifikation, rapportering, sagsbehandling, analyse, formidling samt omsorg for patient og personale.
- VIP-vejledning: KÅA - Igangsætning af tværgående patientsikkerhedsanalyse, herunder kerneårsagsanalyse.



Region Hovedstaden
Region Sjælland
Region Syddanmark
Region Midtjylland
Region Nordjylland

30.06.2017

EMN-2017-01083

1052734

Anne Cederlund Rytter,
ACR

Fællesregional pulje til forskning i forebyggelse

Danske Regioners bestyrelse vedtog d. 2. marts 2017 udspillet SUNDHED FOR LIVET – forebyggelse er en nødvendig investering.

Udspillet blev lanceret i forbindelse med Danske Regioners generalforsamling. Et af de områder som er i fokus er mere forskning i forebyggelse i regionerne. Konkret lægger udspillet op til, at regionerne etablerer en fællesregional pulje til forskning i forebyggelse inden for prioriterede områder.

Regionerne har jf. sundhedsloven en generel forskningsforpligtelse og en specifik rådgivningsforpligtelse inden for forebyggelse. Med en fællesregional pulje bidrager regionerne til, at en koordineret forebyggelsesindsats går hånd i hånd med den nyeste viden om, hvad der virker. Det gælder både målrettet forebyggelse på tværs af flere parter, og den mest effektive organisering af forebyggelsesindsatsen. Det er et mål i udspillet, at puljen træder i kraft i 2018.

Regionerne kan ansøge midler fra puljen til forskningsprojekter, der fremmer viden om forebyggelse på tværs af flere regioner. Forskningen skal bidrage til at producere viden om effekt af indsatser, som kan anvendes på tværs af flere parter fx kommuner og almen praksis. Forskningen kan involvere flere samarbejdsparter og forskningsmiljøer. Puljen skal bl.a. benyttes til følgende type forskningsprojekter:

- Studier der samler evidens om forebyggelse og sammenstiller eksisterende viden.
- Effektive metoder til organisering og implementering.
- Effektive forebyggelsesmetoder målrettet befolkningsgrupper og konkrete arenaer.
- Viden om at fremme mental sundhed.

Punkt nr. 21 - Pulje til forskning i forebyggelse
Bilag 1 - Side -2 af 2

Økonomi

Danske Regioners bestyrelse opfordrer til, at de fem regionsråd samlet afsætter 10 mio. kr. hvert år i en fireårig periode fra 2018. Midlerne afsættes efter bloktilskudsnøglen. Det fremgår nedenfor, hvor meget hver region afsætter pr. år.

	Afsat beløb pr. år	Fordelingsnøgle
Region Hovedstaden	3.153.000	0,3153
Regions Sjælland	1.533.000	0,1533
Regions Syddanmark	2.145.000	0,2145
Region Midtjylland	2.133.000	0,2133
Region Nordjylland	1.036.000	0,1036
I alt pr. år	10.000.000	

Organisering af den fællesregionale pulje godkendes i kredsen af de regionale sundhedsdirektører i efteråret 2017.

Med venlig hilsen


Bent Hansen


Stephanie Löse

Forebyggelseslaboratorium i Region Hovedstaden

Det indgår som initiativ i Danske Regioners vision ”Sundhed for livet – forebyggelse er en nødvendig investering”, at der skal etableres et sektorfrit forebyggelseslaboratorium i et afgrænset lokalområde. Laboratoriet skal udgøre en organisatorisk ramme, hvor forskellige aktører er samlet om at kunne afprøve forebyggelsestiltag, både i og uden for sundhedsvæsenet og på tværs af sektorer. Det skal være muligt relativt hurtigt fx at lave pilotafprøvninger af gode ideer for at vurdere, om det vil være relevant med igangsættelse af en egentlig afprøvning. Der tænkes både på afprøvning af indsatser baseret på nye teknologiske muligheder, men især nye samarbejdsformer og partnerskaber med forskellige typer af aktører. Der er således ikke tale om etablering af et forskningslaboratorium, men i stedet en organisering som skal samarbejde tæt med eksisterende forskningsmiljøer.

På baggrund af Region Hovedstadens interesse for at drive laboratoriet har Danske Regioner og Region Hovedstaden afholdt tre møder om en begyndende konkretisering af planerne for laboratoriet, herunder formål og mulige temaer for laboratoriet. Der tages udgangspunkt i borgernes hverdagsliv set i en større sammenhæng med fokus på de faktorer, der påvirker vores sundhed og muligheden for at træffe sunde valg. Stadigt flere af os er både borgere og patienter, og der lægges derfor ikke op til en skarp opdeling mellem borger- og patientrettet forebyggelse. I stedet tænkes på en sammenhængende indsats, hvor indsatser i sundhedsvæsenet samt strukturer og rammer i samfundet samlet skal bidrage til en øget folkesundhed og større livskvalitet for borgerne. Det vil gavne både raske borgere og borgere som fx allerede har udviklet en kronisk sygdom.

Ud fra de foreløbige drøftelser kunne det i laboratoriet undersøges, hvordan forebyggelse kan styrkes inden for områder som:

- I hospitalsregi:
 - Tage afsæt i tidlig opsporing og i at forhindre forværring af sygdom med særlig opmærksomhed på de kroniske sygdomme. Det kunne være relevant at afprøve forskellige sundhedspædagogiske metoder til bedre sygdomsmestring.
 - Udnytte de mange kontakter der allerede er mellem sundhedsvæsenet og mange af danskerne. Der kunne afprøves interventioner om systematisk fokus på forebyggelse ved alle patientkontakter.
- I sektorovergange:
 - En styrkelse af det tværsektorielle samarbejde vil kunne sikre, at flere borgere benytter de eksisterende forebyggelsestilbud. Det vil fx være relevant at afprøve, hvordan man i hospitalsregi kan blive bedre til at henvise til kommunale forebyggelsestilbud, og hvordan praktiserende

læger bedre kan følge op på, om henviste patienter rent faktisk også deltager i forebyggelsestilbud, og hvilket udbytte de får heraf.

- I samfundet og i lokalmiljøet:
 - Der er allerede meget viden om, at de rette strukturer og rammer i samfundet og lokalmiljøet har afgørende betydning for, at de sunde valg også bliver de lette valg. Det handler fx om tilgængelighed af tobak og alkohol, men også sikre cykelstier, grønne områder osv. Der er dog behov for mere viden om, hvilke strukturelle forebyggelsesindsatser, der har mest effekt, og hvordan der bedst sikres en effektiv og langsigtet implementering. Det vil derfor være relevant at afprøve især koordinerede og integrerede interventioner, som er målrettet både individer, grupper, lokalsamfund, organisationer og politikker i kommunerne. Det vil være en forudsætning for sådanne afprøvninger, at der tænkes i indgåelse af partnerskaber, hvilket derfor også er helt centralt for laboratoriet.

For alle de tre nævnte spor vil forslagene skulle foldes mere ud i forbindelse med konkretiseringen af forebyggelseslaboratoriet. Ligeledes skal de ses i sammenhæng, da der vil kunne være en overlap. Fx vil styrket patientrettet forebyggelse kunne indgå som en del af en større lokale sundhedsfremmende interventioner.

Regionsgården
Kongensvænge 2
3400 Hillerød

NOTAT

Til: Sundhedsudvalget

Opgang Blok C
Telefon 28783780
Direkte 38665933
Mail lars.aebeloe@regionh.dk

Dato: 30. oktober 2017

Hjemtagning urologi

På mødet i Sundhedsudvalget den 31. oktober 2017 behandles Rigshospitalets og Herlev Gentoftes samlede ansøgning om ændring i optageområder og hjemtagning af urologi fra private leverandører.

I den forbindelse er der stillet opklarende spørgsmål i forhold til, hvordan Regionen vil sikre, at de ikke-specialiserede opgaver som hjemtages kan udføres billigere på regionens hospitaler end i den private sektor, hvor det af sagen fremgår, at:

”Det foreslås på den baggrund, at Urologisk Afdeling på Herlev og Gentofte Hospital hjemtager en del af den ikke-specialiserede aktivitet fra private leverandører, så regionens samlede kapacitet øges. Dette gøres på konkurrencedygtige økonomiske vilkår med private leverandører”

Indledningsvis bør det præciseres, at kapacitetsforøgelsen alene sker på regionens hospitaler, idet der stadig vil være tale om den samme kapacitet for regionen samlet set, uagtet hvor behandling foretages.

Med hensyn til at sikre økonomien i forslaget, er udgangspunktet en pris, der tager udgangspunkt i det kendte prisniveau i det private. Prisen er beregnet ud fra det samlede antal omvisiterede patienter til det private i forhold til den samlede afregning. Derved opnås en gennemsnitlig pris pr. forløb, der ikke overskrider prisen i det private.

Hospitalerne har i deres ansøgning tilkendegivet et antal forløb, der ønskes hjemtaget til HGH, hvorved den samlede volumen andrager 15,6 mio. kr. med en tilhørende DRG værdi på 31,2 mio. kr.

Som det fremgår af sagen, vil der år 1 være en mindre merudgift i forbindelse med anskaffelse af udstyr på Rigshospitalet.

Region Hovedstaden
Center for Regional Udvikling

UDKAST

Oversigt over den forventede
offentlige indsats i Region
Hovedstaden på jordforurenings-
området i 2018 og nærmeste år

REGION

Punkt nr. 25 - Den prioriterede liste for regionens jordforureningsindsats 2018 og kommende år

Bilag 1 - Side -2 af 18

Oversigt over den forventede offentlige indsats i Region Hovedstaden på jordforureningsområdet i 2018 og nærmeste år

Udkast til offentlig kommentering

Baggrund

Regionsrådet skal i henhold til jordforureningsloven udarbejde en oversigt over den forventede offentlige indsats. Denne oversigt revideres en gang om året. Oversigten medfører ingen rettigheder eller pligter for ejere. Offentligheden skal inddrages forud for udarbejdelsen af den endelige oversigt.

Oversigten skal angive på hvilke arealer (grunde/lokaliteter), regionen forventer at foretage undersøgelser eller oprensning (med tilhørende aktiviteter). Oversigten skal desuden angive en prioritering af indsatsen samt indeholde en økonomisk oversigt.

Endvidere skal oversigten beskrive, hvordan regionen forventer at håndtere de samlede jordforureningsproblemer. Den skal være bilagt et program for, hvorledes problemerne foreslås løst inden for en nærmere fastlagt tidshorisont. Dette skal ses i sammenhæng med de økonomiske ressourcer, der afsættes til området. Det skal fremgå af prioriteringen, hvilke aktiviteter der forventes at finde sted de førstkomende år. Regionsrådets afgørelser om prioritering kan ikke påklages til anden administrativ myndighed, jfr. § 25 i jordforureningsloven.

Såfremt regionen skønner det påkrævet, kan oversigtens prioritering fraviges, og der kan således gennemføres projekter, der ikke er anført på oversigten.

Den omstændighed, at en grund er medtaget på en oversigt, er ikke et tilsagn om, at de påtænkte aktiviteter bliver gennemført eller sker inden for den forventede tidshorisont. Dette skyldes, at regionen kan få kendskab til nye grunde, der skal prioriteres højere eller, at ny viden om stoffer og forurening fremkommer og således medvirker til en ændring af prioriteringen.

Offentligheden skal inddrages forud for udarbejdelsen af den endelige oversigt. Inddragelsen vil ske efter udkast til prioritering har været behandlet i Regionsrådet. Inddragelsen vil ske gennem annoncering i lokale ugeaviser dækkende Region Hovedstaden samt ved direkte opfordring til kommunerne i regionen og til HOFOR og Novafos om at komme med kommentarer til oversigten.

Miljøvurdering

Det er vurderet, at arbejdsplanen ikke er omfattet af Lov nr. 448 af 10. maj 2017 om miljøvurdering af planer og programmer og af konkrete projekter (VVM), idet arbejdsplanen til nye forureningsundersøgelser og oprensning i 2018 ikke fastlægger rammer for fremtidige anlæg eller arealanvendelser. Region Hovedstaden har derfor truffet afgørelse om, at planen ikke skal miljøvurderes. Dette annonceres på regionens hjemmeside.

Natura 2000 - Indsatsprogram

Det er vurderet, at forslaget er i overensstemmelse med Natura 2000-planen samt regler om indsatsprogram, jf. Lov om jordforurening § 18 stk. 1, lov nr. 282 af 27. marts 2017 og Lov om miljømål kapitel 14, lov nr. 119 af 26. januar 2017 samt Lov om vandplanlægning kap 6, lov nr. 126 af 26. januar 2017.

Afgørelsen om, at der ikke skal udarbejdes miljøvurdering, kan efter reglerne i miljøvurderingslovens § 48 inden fire uger fra annonceringen påklages til Miljø- og Fødevareklagenævnet. Afgørelsen kan påklages af enhver for så vidt angår retlige spørgsmål. Dette skal ske via Klageportalen, som man finder et link til på forsiden af www.nmkn.dk. Klageportalen ligger på www.borger.dk og www.virk.dk. Man logger på

Punkt nr. 25 - Den prioriterede liste for regionens jordforureningsindsats 2018 og kommende år

Bilag 1 - Side -4 af 18

www.borger.dk eller www.virk.dk, ligesom man plejer, typisk med NEM-ID. Klagen sendes gennem Klageportalen til den myndighed, der har truffet afgørelsen. En klage er indgivet, når den er tilgængelig for myndigheden i Klageportalen, dvs. Region Hovedstaden. En klage er pålagt et gebyr på kr. 900. Man betaler gebyret med betalingskort i Klageportalen.

Bemærkninger til oversigten

Antallet af forureningskortlagte (vidensniveau 2) grunde i Region Hovedstaden (ca. 4.500) er så stort, at det ikke er muligt at prioritere dem alle indbyrdes.

Oversigten over den offentlige indsats i 2018 indeholder derfor alene de lokaliteter, hvor der inden for de nærmeste år forventes gennemført

- afgrænsende undersøgelser (oversigt A1), se også kortbilag 1
- oprensninger (oversigt B), forudsat de forudgående afgrænsende undersøgelser viser behov herfor, se også kortbilag 2.
- grunde med igangværende drift af tekniske oprensningsanlæg (oversigt C), se også kortbilag 3.
- grunde med løbende overvågning af forureningen (oversigt D).

Grunde medtaget på oversigten over overvågning (oversigt D) bliver ikke nødvendigvis overvåget hvert år. Der kan også være grunde på listen, hvor en nærmere gennemgang af sagen vil vise, at der ikke længere er behov for overvågning, men hvor den endelige vurdering heraf endnu udestår.

Der er i 2018 afsat ca. 140 mio. kr. til indsatsen på jordforureningsområdet i Region Hovedstaden. Heraf er der afsat ca. 90 mio. kr. til afgrænsende undersøgelser og oprensninger (inkl. drift af tekniske driftsanlæg) i 2018.

Prioriteringsprincipper

De grunde der er med på oversigt A1 er medtaget ud fra følgende kriterier i forhold til grundvand og indeklima:

Grundvand: Regionsrådet vedtog i november 2014 en ny plan for jordforureningsindsatsen "Vejen til ren jord og rent vand". Med denne plan intensiveres indsatsen for at beskytte grundvandet. Jordplanen har som mål, at vi indenfor 10 år skal have beskyttet grundvandet i de områder af regionen, hvorfra 80 % af drikkevandsindvindingen sker.

Regionens udkast til prioritering af indsatsen på jordforureningsområdet i 2018 er udarbejdet i overensstemmelse med jordplanen fra 2014.

Den prioriterede jordforureningsindsats i 2018 understøtter endvidere regionens overordnede mål som grøn og innovativ metropol med høj vækst og livskvalitet. Rent vand og uforurenet jord er en af forudsætningerne for vækst, bl.a. fordi et sundt og uforurenet miljø er en af de faktorer, der har betydning for at tiltrække virksomheder og kvalificeret arbejdskraft.

Grundvandsområder: Administrationen har i 2016 grupperet Jordplanens højt prioriterede områder (de områder hvorfra 80 % af drikkevandsindvindingen sker i regionen) i 51 grundvandsområder. Administrationen har herefter fastlagt en rækkefølge for grundvandsområderne for igangsætning af de resterende afgrænsende undersøgelser med henblik på at få afsluttet undersøgelsesindsatsen overfor de særligt kritiske forurenende stoffer.

De mest kritiske stoffer er chlorerede opløsningsmidler, som er kemikalier der er anvendt/anvendes bl.a. til affedtning og tøjrensning. De chlorerede opløsningsmidler udgør den væsentligste trussel mod drikkevandsressourcen, fordi de er letopløselige og transporteres langt i jord og grundvand. Stofferne er også

Punkt nr. 25 - Den prioriterede liste for regionens jordforureningsindsats 2018 og kommende år

Bilag 1 - Side -5 af 18

problematiske i forhold til indeklimaet, idet de let kan dampe op fra jord og grundvand og trænge ind i bygninger.

Grundvandsområderne fremgår af kortbilag 4. Regionens valgte rækkefølge af grundvandsområderne til igangsætning af de restende undersøgelser for de særligt kritiske stoffer fremgår af oversigt A2.

Grundvandsområderne er administrative enheder som regionen har defineret for at få større robusthed af udstrækningen af de områder vi arbejder i og for at samle overlappende/sammenhængende indvindingsoplande i ét område. Dvs. et grundvandsområde indeholder et eller flere indvindingsoplande. Denne gruppering gør, at de indvindingsoplande, hvor regionen i 2015-2016 prioriterede at få igangsat de resterende undersøgelser af de højt prioriterede forureninger nu i de fleste tilfælde indgår i et større grundvandsområde, hvor der stadig rester undersøgelse af lokaliteter med højt prioriterede stoffer.

I 2018 vil indsatsen med afgrænsende forureningsundersøgelser således fortsat være koncentreret om at få færdiggjort igangværende undersøgelser og at igangsætte de resterende undersøgelser i de grundvandsområder, hvor der i 2015-2016 blev igangsat en indsats for at få færdigundersøgt alle lokaliteter forurenede med chlorerede opløsningsmidler. (Dvs. grundvandsområderne indeholdende de tidligere udvalgte indvindingsoplande Birkerød, Dybendal, Solhøj m.fl., Attemose m.fl., Gilleleje, Hove m.fl., Humlebæk, Hørup m.fl., Bjellekær, Bogøgård, Kilde III m.fl., Nærum m.fl., Sjælsø m.fl., Tibberup m.fl., Værebros m.fl.).

I de drikkevandsområder, hvor indsatsen sker, er opsporingen af alle kritiske jordforureninger gennemført, og der er overblik over de mest kritiske forureninger. Herved sikres det bedst muligt, at den efterfølgende, nødvendige undersøgelses- og oprensningsindsats sker, hvor den har størst mulig effekt.

Når den særlige undersøgelsesindsats i de udvalgte grundvandsområder er afsluttet, har regionen overblik over de værste forureningstrusler mod grundvandet. På det grundlag kan regionen vurdere i hvilket omfang, der skal renses op, og herefter kan der planlægges en helhedsorienteret oprensningsindsats, så alle nødvendige oprensninger i et indvindingsopland/grundvandsområde bliver gennemført på en gang. En sidegevinst kan så også være, at der kan være stordriftsfordele ved at gennemføre en koordineret oprensningsindsats indenfor et indvindingsopland/grundvandsområde.

Indeklima: Grunde hvor der fra indledende undersøgelser eller lignende er viden om forurening med flygtige stoffer i poreluft i koncentrationer, som kan medføre et bidrag til indeklimaet i bolig, der er højere end 10 gange afdampningskriteriet for det pågældende stof.

Det vil også i 2018 blive prioriteret at få færdiggjort igangværende afgrænsende indeklimaundersøgelser foruden igangsætning af 2-4 nye indeklimaundersøgelser.

Som udgangspunkt igangsættes undersøgelserne først på de grunde, hvor der er viden om mest forurening. Forurening med chlorerede opløsningsmidler prioriteres før forurening med kulbrinter, hvis der er flere lokaliteter med forureningsniveau indenfor samme størrelsesorden. Hvis alt andet er lige vil grundene herefter blive prioriteret til undersøgelse i den rækkefølge, de er blevet kortlagt på vidensniveau 2.

Når/hvis der ikke er kendskab til flere grunde, hvor der er viden om forurening der kan afdampe til indeklimaet i eksisterende boliger i koncentrationer højere end 10 gange afdampningskriteriet, vil undersøgelsesindsatsen blive udvidet til grunde, hvor der er viden om forurening der kan afdampe til indeklimaet i eksisterende boliger i koncentrationer mellem afdampningskriteriet og 10 gange afdampningskriteriet. Indenfor denne gruppe vil grundene ligeledes blive prioriteret til undersøgelse i den rækkefølge de er blevet kortlagt på vidensniveau 2.

Punkt nr. 25 - Den prioriterede liste for regionens jordforureningsindsats 2018 og kommende år

Bilag 1 - Side -6 af 18

Overfladevand og natur: I henhold til Jordforureningsloven skal regionerne i perioden 2014-2018 skabe overblik over, hvor mange af de kortlagte grunde, der kan true overfladevand (søer, åer og havet) og natur. For at skabe dette overblik, anvender regionerne et værktøj til screening af alle kortlagte grunde for risiko i forhold til overfladevand. Alle grunde, der kommer ud af screeningen med en mulig risiko for overfladevand, skal herefter gennemgås og risikovurderes nærmere ved en "bearbejdet screening". Det er forventet, at der kan være mulig risiko overfor overfladevand fra i alt ca. 600 grunde i regionen. I 2018 forventer regionen at skulle gennemgå og vurdere de sidste ca. 180 grunde med mulig risiko overfor overfladevand i regionen. Først herefter vil afgrænsende undersøgelser i forhold til overfladevand og natur indgå i prioriteringen sammen med undersøgelserne i forhold til grundvand og indeklima.

Tidshorisont for håndtering af de p.t. kendte jordforureningsproblemer i Region Hovedstaden i relation til den nuværende økonomiske ramme der er udmeldt fra staten

Som udgangspunkt sættes den gennemsnitlige udgift til en afgrænsende undersøgelse til ca. 900.000 kr., mens den gennemsnitlige udgift til en oprensning sættes til ca. 5 mio. kr. Der er dog store variationer i forhold til disse gennemsnitspriser. F.eks. varierer omkostningen til en afgrænsende undersøgelse fra ca. 0,1 mio. kr. til langt over 2 mio. kr. for de helt store undersøgelser, mens omkostningen til en oprensning varierer fra ca. 0,2 mio. kr. til over 50 mio. kr. Hertil kommer udgiften til de undersøgelser og afværgeforanstaltninger der skal gennemføres i forhold til overfladevand og natur. Det er aftalt mellem staten og regionerne, at der i 2019-2020 skal forhandles om prioritering og finansiering af den videre indsats, der skal til for at beskytte overfladevand og natur mod forurening fra de forureningskilder der er identificeret gennem risikoscreeningen.

Der var pr. 1. oktober 2017 kortlagt 4.686 grunde på vidensniveau 2 i Region Hovedstaden. Forudsættes det, at der skal ske undersøgelse af blot en femtedel af disse grunde - med efterfølgende behov for oprensning på en fjerdedel af de undersøgte grunde - bliver den samlede omkostning hertil ca. 1.900 mio. kr. Antages det, at regionen modtager uændrede bevillinger de næste mange år, vil der således gå ca. 20 år, før der kan forventes etableret nødvendig oprensning på de i dag kendte grunde. Med regionens jordplan er det dog regionens forventede delmål, ved at koncentrere indsatsen i de områder hvor 80 % af drikkevandsindvindingen sker, at undersøgelses- og oprensningsindsatsen i disse områder er afsluttet allerede i 2025. Hertil kommer omkostningerne til længerevarende drift af oprensningsanlæg samt omkostningerne til de endnu ikke opdagede, forurenede grunde. Det forventes, at der med tiden vil blive kortlagt i alt 10.000 grunde på vidensniveau 2 i Region Hovedstaden.

Punkt nr. 25 - Den prioriterede liste for regionens jordforureningsindsats 2018 og kommende år

Bilag 1 - Side -7 af 18

Oversigt A1

Grunde (lokaliteter) hvor afgrænsende undersøgelser er i gang i 2018 eller forventes igangsat inden for de nærmeste par år. Rækkefølgen er ikke prioriteret. Nye lokaliteter kan komme på listerne i årets løb og lokaliteter på listen kan udgå.

NB: Ny viden om forurening eller andre uforudseelige forhold, vil kunne påvirke antallet af og hvilke nye undersøgelser, der kan igangsættes.

Undersøgelser der fortsætter fra 2017				
Lokalitet nr.	Navn	Grundvandsområde	Årsag	Kommune
151-00023	Sct. Jacobsvej 7	Kilde III	G	Ballerup
151-00040	Bøgesvinget 4	-	I	Ballerup
151-00062	Rugvænget 31/Bygvænget 1	Kilde III	G	Ballerup
151-00078	Industriparken 13	Kilde III	G	Ballerup
151-05093	Nygårdsvej 30	Kilde III	G	Ballerup
151-05096	Industriparken 27	Kilde III	G	Ballerup
161-30046	Byparken 10	-	I	Glostrup
169-00058	Akacievej 2	Brokilde	G (rev.)	Høje-Taastrup
169-00228	Østerparken 5	Taastrup-Valby	G og I (rev.)	Høje-Taastrup
169-02070	Baldersbuen 36	Ishøj	G	Høje-Taastrup
169-20016	Bækgårdsvej 6	Brokilde	G	Høje-Taastrup
173-00040	Lundtoftevej 160/ Lundtoftegårdsvej 93A	Dybendal	G	Lyngby-Taarbæk
173-00065	Lundtoftevej 150	Dybendal	G	Lyngby-Taarbæk
173-00178	Eremitageparken 335	Dybendal	G	Lyngby-Taarbæk
173-02027	Lundtoftegårdsvej 95	Dybendal	G	Lyngby-Taarbæk
175-00017	Annexgårdsvej 16	-	I (rev.)	Rødovre
181-00014	Skovlytoften 33	Dybendal	G	Rudersdal
185-00061	Alleen 1	-	I	Tårnby
189-00008	Kirke Værløsevej 32	Søndersø	G (rev.)	Furesø
189-00018	Walgerholm 20	Søndersø	G	Furesø
189-05027	Jonstrupvej 305	Søndersø	G	Furesø
190-00104	Walgerholm 7	Søndersø	G	Furesø
190-06057	Toftebo 1 / Bymidten 26 m.fl.	Søndersø	G	Furesø
201-00021	Industrivej 2, Lyng	Uggeløse	G	Halsnæs
201-00023	Smedevangen 5	Bogøgård	G	Allerød
201-00083	Kærhøjgårdsvej 46	Uggeløse	G	Allerød
201-00160	Lyngvej 230, Stengårdens Losseplads	Uggeløse	G og I	Allerød
205-00038	Hovedgaden 47	Birkerød	G og I	Rudersdal
205-00059	Toftebakken 2C	Birkerød	G	Rudersdal
205-00155	Nobis Mølle 1	Birkerød	G og I	Rudersdal
205-00162	Birkerød Kongevej 158	Birkerød	G	Rudersdal
205-00185	Hammerbakken 10	Søndersø	G	Rudersdal
205-00270	Blokken 25 A	Søndersø	G	Rudersdal
205-00294	Topstykket 27	Søndersø	G	Rudersdal
207-00046	Farum Hovedgade 52	Farum	G	Furesø
208-00263	Humblebækvej 39	Langstrup	G	Fredensborg

Punkt nr. 25 - Den prioriterede liste for regionens jordforureningsindsats 2018 og kommende år

Bilag 1 - Side -8 af 18

Undersøgelser der fortsætter fra 2017				
Lokalitet nr.	Navn	Grundvandsområde	Årsag	Kommune
210-00022	Langebjergvej 126	-	I	Fredensborg
217-00533	Gefionvej 45A	Hellebæk	G	Helsingør
217-00906	Jernbane Allé 11 A	Espergærdeværket	G	Helsingør
219-00061	Lyngvej 16	Attemose	G	Hillerød
219-00124	Hanebjergvej 6	Attemose	G	Hillerød
227-00003	Møllevej 9A	Nivå	G	Fredensborg
230-07008	Skovlytoften 12	Dybendal	G	Rudersdal
231-00179	Industrivej 17, Skævinge	Attemose	G	Hillerød
233-00017	Steensbjerggård, losseplads	Hørup	G (rev.)	Frederikssund
233-00023	Brobæksgade 2 m.fl.	Hørup	G	Frederikssund
235-00128	Blødemosevej 2A	Bogøgård	G	Egedal
235-00205	Sandbakken 7	Bjellekær	G	Egedal
270-30000	Alme Englodsvej 1	-	I	Gribskov

G Undersøgelsen igangsat af hensyn til grundvand.

I Undersøgelsen igangsat af hensyn til indeklimarisiko.

Rev. Revurderingsundersøgelse på igangværende afværgelokalitet

Punkt nr. 25 - Den prioriterede liste for regionens jordforureningsindsats 2018 og kommende år

Bilag 1 - Side -9 af 18

Undersøgelser der forventes igangsæt i 2018 eller 2019. (Årligt ca. 15-20 nye grundvandsundersøgelser og 2-4 nye indeklimateundersøgelser fra nedenstående bruttoliste. Endvidere forventes igangsæt 1-3 nye revurderingsundersøgelser årligt i forbindelse med igangværende driftsanlæg (endnu ikke er udpeget))				
Lokalitet nr.	Navn	Grundvandsområde	Årsag	Kommune
147-00010	Lykkesholms Alle 20	-	I	Frederiksberg
151-00074	Industriparken 38	Kilde III	G	Ballerup
169-00051	Hovedgaden 445	Ishøj	G	Høje-Taastrup
173-00043	Parcelvej 91A	Dybendal	G	Lyngby-Taarbæk
173-00435	Brovænget 43	Dybendal	G	Lyngby-Taarbæk
173-05029	Brede Hovedbygning 1	Dybendal	G	Lyngby-Taarbæk
181-00058	Kongevejen 394	Dybendal	G	Rudersdal
190-00102	Kirke Værløsevej 10	Søndersø	G	Furesø
190-00105	Ny Vestergårdsvej 1	Søndersø	G	Furesø
190-00106	Ny Vestergårdsvej 11	Søndersø	G	Furesø
201-00167	Sortemosen Losseplads	Sandholm	G	Allerød
201-00534	Stationspassagen 3	Sandholm	G	Allerød
205-00025	Topstykket 17	Søndersø	G	Rudersdal
205-00135	Vasevej 119B	Dybendal	G	Rudersdal
205-00284	Udsigtsbakken 1	Dybendal	G	Rudersdal
205-00289	Karpevænget 5	Nebbegård	G	Rudersdal
205-00325	Abildgårdsparken 10	Søndersø	G	Rudersdal
207-00075	Stavnsholtvej 185	Søndersø	G	Furesø
208-00170	Jernbanegade 10	-	I	Fredensborg
209-00016	Maglehøjparken 1	-	I	Frederikssund
213-00179	Mårumvej 14A	Gilleleje	G+I	Gribskov
213-00280	Græsted Hovedvej 58	Gilleleje	G	Gribskov
217-00677	Vester Torv 26	Espergærdeværket	G	Helsingør
223-00012	Agiltevej 23	Nebbegård	G	Hørsholm
223-00032	Ahornvej 1A	Nebbegård	G	Hørsholm
223-00054	Usserød Kongevej 49D	Nebbegård	G	Hørsholm
229-00185	Skuldelevvej 24	Skibby	G	Frederikssund
229-00210	Baunehøjvej 1A	Hyllingeriis	G	Frederikssund
229-00216	Industrivej 7A	Skibby	G	Frederikssund
229-00325	Kildeskåret 2	Hyllingeriis	G	Frederikssund
235-00041	Frederikssundvej 124	Værebrosø	G	Egedal
235-00043	Bauneholmvej 1	Værebrosø	G	Egedal
235-00126	Damvadvej 43	Bjellekær	G	Egedal
237-00103	Svalehøjvej 14	Ølstykke	G	Egedal

I Undersøgelsen igangsættes af hensyn til indeklimateksponering.

G Undersøgelsen igangsættes af hensyn til grundvandsrisiko

Mht. de resterende grundvandsområder, hvor undersøgelsesindsatsen overfor forureninger med chlorerede opløsningsmidler endnu ikke er afsluttet, forventes undersøgelsesindsatsen p.t. at blive igangsæt som det fremgår i Oversigt A2.

Punkt nr. 25 - Den prioriterede liste for regionens jordforureningsindsats 2018 og kommende år

Bilag 1 - Side -10 af 18

Oversigt A2

Oversigt over de 51 grundvandsoplande indenfor de områder af Region Hovedstaden hvorfra 80 % af drikkevandsindvindingen i regionen sker.

Grundvands-område	Forventet plan pr. september 2017 for igangsætning af resterende undersøgelser – særligt kritiske stoffer (chlorerede opløsningsmidler).	Indvinding (%)
Asserbo	Færdigundersøgt	0,7
Attemose	Er i gang	11,3
Birkerød	Er i gang	2,5
Bjellekær	2018	1,8
Bogøgård	Er i gang	2
Brokilde	Er i gang	2,2
Dalby	Er i gang	0,2
Dybendal	2018	3,1
Egholm	Færdigundersøgt	1,9
Endrup	Færdigundersøgt	1,1
Esrup	2019	0,2
Farum	2020	5,2
Femhøj	Færdigundersøgt	0,6
Frederiksgade	2019	3,9
Gilleleje	2018	1
Hellebæk	Er i gang	3,4
Humblebæk	Færdigundersøgt	0,8
Hyllingeriis	2018	0,1
Hørup	Er i gang	3,9
Ishøj	2018	7,8
Kagerup	Færdigundersøgt	0
Kappelhøj	Færdigundersøgt	1,1
Kilde III	2018	3,4
Kyndbyværket	Færdigundersøgt	0,2
Langstrup	Er i gang	2,3
Lautrup	Færdigundersøgt	0,8
Liseleje	Færdigundersøgt	0,7
Lynæs	2019	0,6
Marbæk	Færdigundersøgt	1,3
Måløv	2019	0,8
Nebbegård	2018	4,2
Nivå	Færdigundersøgt	1,8
Nybølle	Færdigundersøgt	3,6
Okseholmen	Færdigundersøgt	0
Sandholm	2018	4,2
Selsø	Færdigundersøgt	0
Skibby	2018	0,4
Skovsognet	Færdigundersøgt	0,1
Snekkersten	Færdigundersøgt	1
St. Magleby	2021	1
Søndersø	2018	9,2
Trørød	2019	1,4
Taastrup-Valby	2021	1,9
Udsholt	2021	0,8
Uggeløse	Er i gang	1
Vellerup	Færdigundersøgt	0,1
Villingebæk	2019	0,6
Værebros	2018	1,4
Ølsted	Færdigundersøgt	0,5
Ølstykke	Er i gang	1,1
Ådalens	Færdigundersøgt	0,8

Punkt nr. 25 - Den prioriterede liste for regionens jordforureningsindsats 2018 og kommende år

Bilag 1 - Side -11 af 18

Oversigt B pr. 1. januar 2018

Grunde (lokaliteter) hvor oprensning skønnes påkrævet inden for de nærmeste år. Rækkefølgen er ikke prioriteret. Ny viden om forurening eller andre uforudseelige forhold kan ændre etableringstidspunktet. Ligeledes kan de økonomiske rammer til opgaven betyde, at nogle projekter må udskydes.

Det forventes at der i 2018 vil være ressourcer til igangsætning af ca. 3-4 nye oprensningsprojekter. De nye projekter kommer fra bruttolisten for nye oprensninger i 2018. Præcis hvilke og antallet afhænger dels af omkostningen til den enkelte afværge og dels af hvornår det endelige afværgeprojekt er helt klar til igangsætning efter alle fornødne tilladelser herunder aftale med grundejer m.v. er indhentet.

Oprensninger der fortsætter fra 2017				
Lokalitet nr.	Navn	Grundvandsområde	Årsag	Kommune
101-00501	Gl. Kongevej 33, revurdering	Frederiksberg	G	København
101-01595	Tingvej 14B, monitoring af effekt	-	I	København
101-02839	Gl. Kongevej 39, revurdering	Frederiksberg	G	København
101-02862	Vesterbrogade 116, revurdering	Frederiksberg	G	København
157-00038	Nybrovej 83/Sandftøften 10 (omlægn. af igangv. oprensn.)	Ermelunden	G	Gentofte
169-00217	M.W. Gjøesvej 8-16, 20, Reerslev, retablering efter opvarmningsprojekt	Ishøj	G+I	Høje-Taastrup
173-00039	Kongevejen 155	Dybendal	G (rev.)	Lyngby-Taarbæk
201-00160	Lyngvej 230 (gasafværge), monitoring af effekt	-	I	Allerød
219-00266	Ravnsbjergvej 1, Hillerød	Æbelholt	G	Hillerød
223-00091	Rungstedvej 19	Nebbegård	G	Hørsholm
223-00117	Pennehave 15	Nebbegård	G	Hørsholm
223-00233	Ahornvej 3 A-D	Nebbegård	G	Hørsholm
227-00003	Møllevej 9A	Nivå	G	Fredensborg
229-00182	Skuldelev, S-ISCO	Skibby	G	Frederikssund
229-00182	Skuldelev, monitoring ifht grundvand	Skibby	G	Frederikssund
235-00007	Frydensbergvej 29-31, Stenløse/Egedal	Værebros	G	Egedal
235-00114	Stenlillevej 21	Værebros	G	Egedal
235-00179	Engvej 20	Egholm	G	Egedal

G Afværgeren er igangsæt af hensyn til grundvand.

I Afværgeren er igangsæt af hensyn til indeklimarisiko.

Punkt nr. 25 - Den prioriterede liste for regionens jordforureningsindsats 2018 og kommende år

Bilag 1 - Side -12 af 18

Bruttoliste indenfor hvilke der forventes igangsat ca. 3-4 nye oprensninger i 2018*				
Lokalitet nr.	Navn	Grundvandsområde	Årsag	Kommune
181-00001	Søllerød Gasværk, Øverødvej 8 m.fl.	Dybendal	G	Rudersdal
208-00199	Bakkegårdsvej 306	Humlebæk	G	Fredensborg
208-00259	Bakkegårdsvej 201	Humlebæk	G	Fredensborg
235-00289	Ravnsbjergvej 1 og 8 - fane	Bjellekær	G	Egedal

G Afværgen igangsættes af hensyn til grundvand.

* Forudsat risikovurderingen fra de afgrænsende undersøgelser viser, at oprensning bør igangsættes snarligt og at der er økonomisk råderum til igangsætning i 2018

Oprensning der forventes igangsat* inden for de nærmeste år				
Lokalitet nr.	Navn	Indvindingsopland (IVO)	Årsag	Kommune
181-00021	Trørødvej 63B	Trørød	G	Rudersdal
181-00027	Nærum Hovedgade 92	-	I	Rudersdal
205-00270	Bløkken 25	Søndersø	G	Rudersdal
207-00046	Farum Hovedgade 52	Farum	G	Furesø
227-00003	Møllevej 9A	Nivå	G	Fredensborg

G Afværgen igangsættes af hensyn til grundvand. **I** Afværgen igangsættes af hensyn til indeklimarisiko.

* Forudsat risikovurderingen fra de afgrænsende undersøgelser viser, at oprensning bør igangsættes snarligt og at der ikke kommer kendskab til andre forureninger der vurderes at skulle prioriteres højere.

Punkt nr. 25 - Den prioriterede liste for regionens jordforureningsindsats 2018 og kommende år
Bilag 1 - Side -13 af 18

Oversigt C

Oversigt over tekniske oprensingsanlæg med drift i 2017.

De oppumpede vandmængder er fra 2016, da tal for 2017 først foreligger til den endelige udgave af oversigten.

Lokaliteter hvor der pågik afværgedrift i 2017		Etableret (år)	Oppumpet vandmængde i 2016 (m³)	Heraf til overfladevand m³	Heraf til infiltreret m³	Heraf til procesvand m³	Heraf til kloak m³	Skønnet driftsperiode (år)
101-00006	Valby Gasværk, Vigerslev Allé m.fl.	*	0	0			0	*
101-00032	Hejrevej 43	*	4.857				4.857	*
101-00039	Rådmandsgade 11	*	Lukket 2007					*
101-00066	Sundholmsvej 55-57/Telemarksgade 7-19	*	744				744	*
101-00103	Emdrupvej 72 Lukket	*	Lukket 2014					*
101-00106	Gudenåvej 25-29	*	10.944		10.555		389	*
101-00204	Godthåbsvej 187 (stoppet 2010/08)	*	Lukket 2010					*
101-00327	Valby Langgade 207	*	1.739				1.739	*
101-00505	Svenskelejen 23	*	Passiv vent.					*
101-01395	Absalonsgade 26	2002	5.553				5.553	*
101-02206	Åboulevard 16-18	*	2.491				2.491	*
101-02226	Frankrigsgade 28-48	*	Bolig ventilation					*
101-02774	Amagerbrogade 32/Norgesvej 2	*	Lukket 2007					*
101-02821	Vesterbrogade 139	*	460				460	*
101-03098	Jagtvej 103-107	*	Lukket 2007					*
101-03436	Amagerbrogade 118	*	Lukket 2008					*
147-00001	Finsensvej 76	*	Lukket 2008					*
147-00001A	Finsensvej 76b	*	80				80	*
147-00011	Smallegade 52	*	Passiv ventilation					*
147-00002	Howitzvej 54-58/Solbjergvej 24-30	*	30				30	*
147-00007	Nimbusparken	*	33.238		33.238			*
147-00015	Howitzvej 43	*	59				59	*
147-00023	Nitivej 10	*	lukket feb. 2011					*
147-00252	Kronprinsensvej 1	*	37.071	35.397			1.674	*
151-00001	Sørup Losseplads	1996	lukket 2012					50
151-00002	Cheminova-grunden, Måløv Byvej,	1987	76.459	76.459				50
151-00011	Brydehusvej 21	1995	Lukket 2016					20
151-00015	Skovlunde Byvej 96 A	1999	Lukket 2015					20
151-00015	Innovationsgaragen, Skovlunde Byvej	2014	14.736		14.228		508	*
151-00018	Udbakken 24 C+D	2002	Gasafværge					20
153-00001	Brøndby Industri kvarter	1997	164.859	164.859				50
157-00020	Gentoftegade 39-49	2003	47.349		47.099		250	10
157-00029	Trunnevangen	2000	Lukket 2014					10
157-00030	Jægersborg Allé 24-26	2000	Lukket 2014					10
157-00035	Ordrupvej 100A	2000	Air-Sparging					10
157-00035	Ejgårdsvvej (I parken)	2000	0					10
157-00036	Ordrupvej 101	2000	Lukket 2007					10
157-00038A	Nybrovej 83-87	2001	32.021		30.361		1.660	25
157-00038B	Sandtoften 10	2001	Lukket 2014					10
157-00041	Søborg Hovedgade 21	2003	Bolig ventilation					10
157-00045	Ordrupvej 81A	2002	Air-Sparging					10
157-00045	Hyldegårdsvvej 15	2002	348		306		42	10
159-00002	Søborg Hovedgade 31, m.fl.	1996/2004	12.517	12.517				25
159-00014	Grusgraven	1993/2001	213.458		210.365		3.093	20

Punkt nr. 25 - Den prioriterede liste for regionens jordforureningsindsats 2018 og kommende år

Bilag 1 - Side -14 af 18

Lokaliteter hvor der pågik afværgedrift i 2017	Etableret (år)	Oppumpet vandmængde i 2016 (m³)	Heraf til overfladevand m³	Heraf til infiltreret m³	Heraf til procesvand m³	Heraf til kloak m³	Skønnet driftsperiode (år)
159-00039 Rosenkæret 17	1992	915				915	50
159-00104 Bagsværd Hovedgade 79	2009	85.679		85.189		490	*
159-00105 Bindeleddet 9 A-B	2002	Vac. Ventilation					10
159-00140 Søborg Hovedgade 189-191	2006	99.582		99.582			20
159-00140 Søborg Hovedgade 189-191	2006	Air-Sparging					20
161-00002 Bergsøegrunden, Hvissingevej 100	2002	Mgl. adgang til anlæg-så ukendt					100
161-00003 Ejby Losseplads, Mosetoften	1995	44.421			35.842	8.579	25
161-00015 Glostrup Regnvandsbassin, Industrivej	1997	451				451	50
161-00024 Hvissingegade 13	2001	Passiv ventilation					25
163-00004 Knapholm + K. øst + afskærmning	1995	496.502	262.827		233.675		25
163-00005 Ellekær 3	1997	252	252				50
163-00008 Tornerosevej 58 (Herlev Kommune)	1992	Herlev kommune					20
163-00015 Marielundvej 49	1995	749				749	20
163-00016 Symfonivej 35	1995	201				201	20
163-00017 Romancevej 16	1997	Lukket 2006					10
165-00010 Blokland	2000	6.654	6.654				25
165-00010 Roskildevej 22-30 (D1)	1996	Lukket 2008					25
165-00012 Djursvang 3 (K7)	1995	Lukket 2008					25
165-00016 Naverland 26	2008	40.939	40.939				*
167-00003 Høvedstensvej 25-27	1994	21.161	21.161				25
167-00009 Vojensvej 8-20	1995						*
167-00013 Lodsvej 38	2016	Indeklima					*
167-00017 Brostykkevej 133	2000	Indeklima					10
167-00034 Gammel Køge Landevej 266	2016	Indeklima					*
165-20092 Thorsbro Kildepladser, St vejle å	1993	Lukket 2014					20
169-20037 Thorsbro Kildepladser, Tåstrup-Valby	1993	247.760	247.106			654	20
169-00001 Industrivej 27, Hedehusene	1999	155.556	155.556				10
169-00028 Vesterkøb 1-7	1997	19.405	19.405				20
169-00029 Vesterkøb 40	1997	1				1	20
169-00058 Akacievej 2, Hedehusene	2007	12.288		12.018		270	15
169-00155 Ågesholmsvej 9	2005	3.901	2.276	1.625			10
169-00217 M.W. Gjøesvej 8-16	2003	Ventilation					5
169-00217 M.W. Gjøesvej - Tingstedvej 15	2007	Stoppet					25
169-00228 Østerparken 5-7	2006	Bolig ventilation					10
171-00000 Hove Kildeplads	1997	Stoppet 2007					10
171-00007 Gravertoften, 5-7-8-9-10-11-15	1997	Gasafværge					50
173-00001 Lyngby Losseplads	1996	Gasafværge					20
173-00020 Buddingevej 73 Lukket	2000	Lukket 2010					10
173-00023 Nørgårdsvej 24	1999/2006	8.862		8.031		831	20
173-00034 Carlsøjvej 53	2000	Passiv ventilation					20
173-00039 Kongevejen 155	2002	19.272		19.222		50	10
173-00058 Virumvej 84	2003	Passiv ventilation					10
175-00001 Rødovrevej 241	1987	11.915	11.415			500	20
175-00001 Rødovrevej 254	1987	29.616	29.116			500	20
175-00008 Hvidsværmervej 158	1994	3.068				3.068	15
175-00015 Brandholms Allé 1-3	1994	8.712	8.712				25
175-00017 Annexgårdsvej 16, m.fl.	1996	6.156				6.156	15
181-00001 Søllerød Gasværk, Øverødvej 8	2000	10.918				10.918	10
181-00002 Nærum Industriområde	1995/2013	119.853	116.973			2.880	25

Punkt nr. 25 - Den prioriterede liste for regionens jordforureningsindsats 2018 og kommende år

Bilag 1 - Side -15 af 18

Lokaliteter hvor der pågik afværgedrift i 2017		Etableret (år)	Oppumpet vandmængde i 2016 (m³)	Heraf til overfladevand m³	Heraf til infiltreret m³	Heraf til procesvand m³	Heraf til kloak m³	Skønnet driftsperiode (år)
181-00004	Trørød Deponeringsplads	1998	Gasafværg					20
181-00007	Skelstedet 3	1998	1.049				1.049	10
181-00018	Øverødvej 7	2006	Lukket 2007					20
181-00027	Nærum Hovedgade 92	2003	Bolig ventilation					10
185-00002	Tårnby Hovedbibliotek, Amager Lv 77	1996/2005	65.920			65.920		20
185-00011	Københavns Lufthavn Syd	1993/2001	90.555	87.073		2.857	625	25
185-00046	Kongelundsvej 326	2004	Lukket 2011					30
187-00002	Vejlesvinget 2-4	1995	2.124	2.124				20
187-00003	Vejlesvinget 1- 3	1995	4.099	1.963			2.136	20
189-00008	Kr. Værløsevej 32	1999	Lukket 2010					10
189-00009	Ballerupvej 16	1999	Vac. Ventilation					10
189-00008	Kirke Værløsevej 53 (32)	1999	140.478	138.878			1.600	10
189-00010	Kirke Værløsevej 34	1999	Lukket 2012					
189-00019	Læsevej 3	2004	Passiv ventilation					50
201-00039	Allerødvej 35	1995-97	136.653	136.653				*
201-00054	Prins Valdemars Allé 14, Allerød	1999	Passiv ventilation					*
201-00125	Bøgevangen 14, Vassingerød	1999	Phyto oprensning					*
201-00185	Amtsvej 2-4, Allerød	1999	Passiv ventilation					*
205-00024	Toftebakken 5, Birkerød	2002	116.786	114.264			2.522	*
205-00232	Klinthøj Vænge 16, Birkerød	2015	Vac. Ventilation					*
207-00127	Farum Vandværk, Gammelgårdsvej 3	1994	Lukket 2004					*
209-00162	Jernbanegade 29, Frederikssund	2015	Bolig ventilation					*
213-00160	Gillelejevej 28b, Esbønderup	2005	Passiv ventilation					*
217-00545	Egeskovvej 18, Kvistgård	2017						
219-00266	Ravnsbjergvej 8, Alsønderup	*	Kemisk oxidation					*
223-00095	Ådalsparkvej 63, Hørsholm	2015	Drænvand ledt gennem kulfiltre				Ikke målt	*
225-00197	Danform-grunden, Jægerspris	Overtaget fra kommunen i 2011	19.205	19.205				*
229-00377	Fasanvej 11, Skibby, Frederikssund	2011	Passiv ventilation					*
229-00381	Fasanvej 2, Skibby, Frederikssund	2011	Passiv ventilation					*
229-00389	Østergade 16, Skuldelev, Frederikssund	2011	33				33	*
233-00017	Jørlunde, Stensbjerggård, Hagerupvej	1995	73.046	73.046				*
235-00289	Ravnsbjergvej 1, Egedal	2013	Ventilation					*
235-00034 og -00131	Frydensbergvej 4-6, m.fl.	2006	21.361	21.165			196	*
237-00050	Udlejrevej 31, Svenstrup Vandværk	1987	Lukket 2006					*
I alt			2.785.111	1.805.995	571.819	338.294	69.003	2.785.111

* Mgl. skøn P=Procesvand IN=Infiltreret

Punkt nr. 25 - Den prioriterede liste for regionens jordforureningsindsats 2018 og kommende år
Bilag 1 - Side -16 af 18

Oversigt D

Oversigt over arealer, hvor der forventes udført overvågning pr. 1. januar 2018

At en lokalitet står på listen indebærer ikke at der er overvågning hvert år, herunder at der overvåges i 2018.

På lokaliteter med blå skrift er der udført monitoring eller revurdering af monitoring i 2017

Lokalitet	Navn	Igangsæt	Seneste monitoring/ revurdering	Kommune
101-03888	Glumsøvej 42		2013/2014	København
147-00004	C.F. Richs Vej 109-113		2016/	Frederiksberg
147-00009	H.C. Ørsteds Vej/Forchhammervej 25		2016/	Frederiksberg
147-00016	Bülowsvej 34		2016/	Frederiksberg
147-00020	Roskildevej 53-55		2016/	Frederiksberg
151-00001	Sørup Losseplads	2017	2014/2017	Ballerup
151-00023	Sct. Jacobsvej 5	Lukket i 2016	2012/2013-16	Ballerup
157-00004	Gentofte Losseplads, Nybrovej	1996	2013/2016-	Gentofte
157-00017	Estersvej 47	1999	2013/2015-	Gentofte
157-00028	Hyldegårdsvej Tværvæg 41-43	2002	2012/2014-	Gentofte
157-00044	Vangedevej 137	2001	2016/2015-	Gentofte
157-00067	Mitchellstræde 2	2003	2017/2014-	Gentofte
157-00121	Vangedevej 227	2004	2016/2016-	Gentofte
157-00132	Hyldegårdsvej 24	2004	2013/2017-	Gentofte
157-00137	Strandvejen 337	2005	2007/	Gentofte
157-00140	Tranegårdsvej 70	2006	2013/	Gentofte
159-00009	Gladsaxe Industri kvarter	1996	2016/2011-15	Gladsaxe
159-00081	Gladsaxevej 118 – 126	1996	2016/2011-15	Gladsaxe
159-00098	Generatorvej 2A	Lukket i 2017	2011/2011-15	Gladsaxe
159-00102	Søborg Hovedgade 121	2004	2016/2011-15	Gladsaxe
161-00024	Hvissingegade 13	2005		Glostrup
163-00020	Ellekær 12	1998	2017/2012-14	Herlev
163-00023	Marielundvej 48 – 50	Lukket i 2015	2011/2012-15	Herlev
165-00001	Risby Losseplads, Hedeengvej	1994	2015/2003	Albertslund
165-00015	Galgebakken Sønder	1998	2015/2004	Albertslund
165-00017	Herstedvesterstræde 56	2005	2014/	Albertslund
165-00019	Fabriksparken 26	2003	2017/	Albertslund
165-00020	Herstedøstergade 46	2004	2017/	Albertslund
165-00092	Nyvej 10	2008	2016	Albertslund
169-00004	Snubbekorsvej Losseplads, Snubbekorsvej 16	1999	2016/2003	Høje-Taastrup
169-00005	Tåstrup Gasværk, Gasværksvej 1-7	1998	2016/2006	Høje-Taastrup
169-00008	Dybendalsvænge	2004	2012/2014-	Høje-Taastrup
169-00011	Frederiksholmsvej Losseplads	1995	2016/2017-	Høje-Taastrup
169-00015	Stærkendevej Fyldplads	1999	2016/	Høje-Taastrup
169-00017	Hvidovre Kommunes Losseplads, (Højvangsvej 19), Sengeløse Losseplads m.fl.	1996	2016/2007	Høje-Taastrup
169-00052	Åvænget 1	2006	2016/	Høje-Taastrup
169-00099	Skolevej 10	2005	2016/	Høje-Taastrup
169-00106	Vadsbyvej 16	2003	2016/	Høje-Taastrup
169-00127	Køgevej 37/Taastrup Hovedgade 37	2006	2014/	Høje-Taastrup
173-00035	Frederiksdalsvej 77	2001	2017/2017-	Lyngby-Taarbæk
173-00044	Mortonsvej 18	Lukket i 2015	2008/2015	Lyngby-Taarbæk
173-00046	Ulrikkenborg Plads 1	1999	2017/2013-15	Lyngby-Taarbæk

Punkt nr. 25 - Den prioriterede liste for regionens jordforureningsindsats 2018 og kommende år
Bilag 1 - Side -17 af 18

Lokalitet	Navn	Igangsæt	Seneste monitoring/ revurdering	Kommune
173-00047	Virumgade 1	Lukket i 2016	2013/2016	Lyngby-Taarbæk
173-00061	Jernbanevej 1	2000	2013/2011	Lyngby-Taarbæk
173-00094	Bagsværdvej 93	2006	2017/2012-14	Lyngby-Taarbæk
173-00095	Lyngby Hovedgade 44 A-D	2006	2013/	Lyngby-Taarbæk
173-05013	Taarbæk Strandvej 54-56	2013	2015/	Lyngby-Taarbæk
175-00077	Grønlunds Allé 34B	2010	2016/	Rødovre
181-00018	Møntvask-Rens, Øverødvej 7	2008	2013/	Rudersdal
181-00026	Nærumvænge Torv 6	2003	2016/	Rudersdal
181-00029	Linde Allé 29	2003	2016/	Rudersdal
181-00030	Holte Stationsvej 8-10	2002	2013/	Rudersdal
181-00032	Rundforbivej 221	2003	2016/	Rudersdal
183-00001	Sadolin og Holmblad, Industribuen 2	2006	2017/	Ishøj
185-00020	Englandsvej 270	2001	2007/	Tårnby
185-00040	Magle Allé 10	2004		Tårnby
189-00001	Kirke Værløse Losseplads, Ryetvej	1995	2017/2012-14	Furesø
189-00003	Sandet Losseplads, Lejrvej, Sandet	1996	2017/2012-14	Furesø
201-00033	Dansk A-træ, Rytterhegnet 1		2011/2011-14	Allerød
201-00064	Røde Port Savværk, Kongevejen 97		2011/2011-14	Allerød
201-00073	Bjerget, Slangerupvej / Nymølle	Lukket i 2016	2011/2011-14	Allerød
201-00125	Bøgevangen 14	2013	2016/	Allerød
201-00157	Lyng Losseplads, Gl. Nøglegårdsvej 22-39		2016/2011-17	Allerød
201-00164	Ll. Rosenbusk, priv. fyldpl., Uggeløse Bygade 99	Lukket i 2015	2011/2011-14	Allerød
205-	Birkerød Industriområde		2014/	Rudersdal
205-00024	Langedam (Toftebakken 5)		2016/	Rudersdal
205-00154	Kajerødvej 5B-C	2016	2016/	Rudersdal
207-00249	Farum Industriområde		2014/2012-	Furesø
207-00128	Centri Vask og Rens, Akacietorvet/Farum Hovedgade 88		2011/2016-	Furesø
208-00247	Højsager Losseplads		2017/	Fredensborg
211-00113	Depot for Kupolovnsslam fra DDS			Halsnæs
217-00182	Danit A/S, Oldenvej 3A		2004/2013-	Helsingør
217-00249	Fisker & Nielsen A/S, Ole Rømers Vej 4		2015/	Helsingør
217-00399	Gurrevej 312A, Losseplads	Lukket i 2017	2006/	Helsingør
217-00421	Andres, Brdr. H. & O., Egeskovvej 11		2012/2013-	Helsingør
217-00422	Ilpea Plast A/S, Anglo Plast A/S, Egeskovvej 8		2012/2013-	Helsingør
217-00461	Dansk Silicon Central ApS, Egeskovvej 7		2012/2013-	Helsingør
217-00479	Esso Service. Statoil, Jæmtlandsvej 2 m.fl.	Udgået af off. indsats i 2014	2006/	Helsingør
217-00500	Havreholm Grusgrav, Hellebjergvej 39		2017/	Helsingør
217-00679	Stema Anlægsteknik A/S, Egeskovvej 9		/2013-	Helsingør
217-00923	Olriksvej 5 A-C	Udgået før kortlægning, så ej off.indsats		Helsingør
217-01035	Kvistgård monitoring, Kvistgård Industri kvarter		2016/2013-	Helsingør
219-00050	Holmene Losseplads, Jagtvejen, Vestre Holme		2017/2012-15	Hillerød
219-00343	Hillerød Autolakeri ApS, Slangerupgade 53		2017/2012-14	Hillerød
223-00025	BP Service/ nu Q8 Service, Usserød Kongevej 6	Lukket i 2015	2012/2013-14	Hørsholm
223-00056	Gl. Hovedgade 8-14	2016	2016/	Hørsholm
229-00299	Egevej 3	2010	2012/	Frederikssund

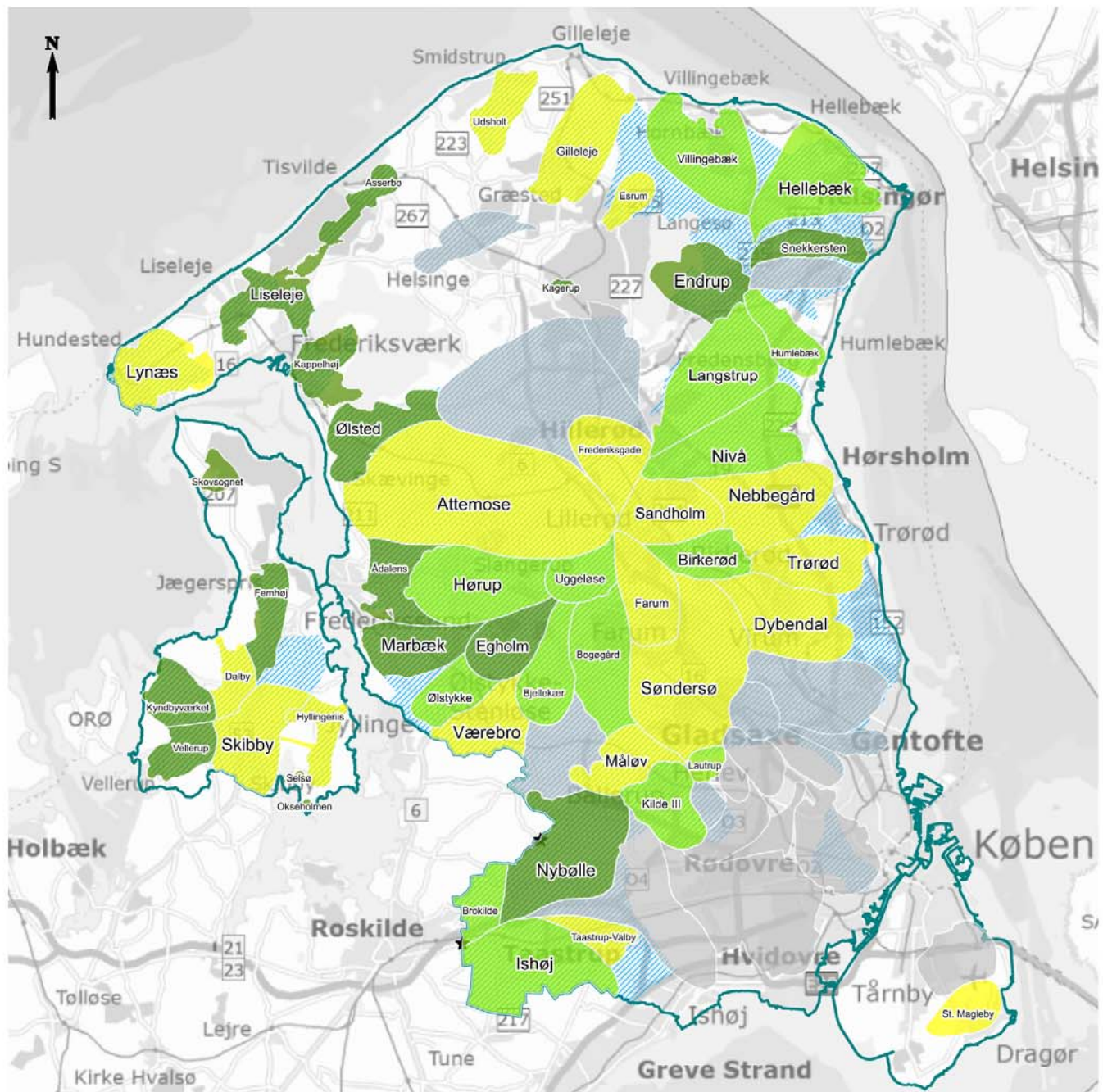
Punkt nr. 25 - Den prioriterede liste for regionens jordforureningsindsats 2018 og kommende år

Bilag 1 - Side -18 af 18

Lokalitet	Navn	Igangsæt	Seneste monitoring/ revurdering	Kommune
230-00048	Skelstedet 13	2013	2017/	Rudersdal
233-00029	Shell Serv/Slangerup Autoserv. Københavnsvej 1		2006/2013-14	Frederikssund
235-00001	Søsum Teglværk I/S, Toppevadvej 26 (Ganløse 9 fyldpladser, plads 8)		2016/2012-15	Egedal
235-00119	Bondehavens Losseplads, Sandbakken 8 (Ganløse 9 fyldpladser, plads 6)		2016/2012-15	Egedal
235-00162	Fluebjerggård Syd Losseplads, Toppevadvej 27 (Ganløse 9 fyldpladser, plads 2, 3, 4, 5 og 9)		2016/2012-15	Egedal
235-00364	Stenløse Kommunes genbrugsplads, Toppevadvej 28 (Ganløse 9 fyldpladser, plads 8)		2016/2012-15	Egedal

Bilag 2 - Side -1 af 1

Status på den videregående indsats i jordplanens grundvandsområder
September 2017



Signaturer:

 Region Hovedstaden

 Områder med særlige drikkevandsinteresser

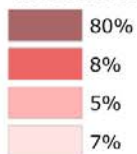
 Udenfor 80% området

Status på fremdrift

	Påbegyndt (19)
	Godt igang (15)
	Færdig (17)



Bilag 3- Side 1 af 1

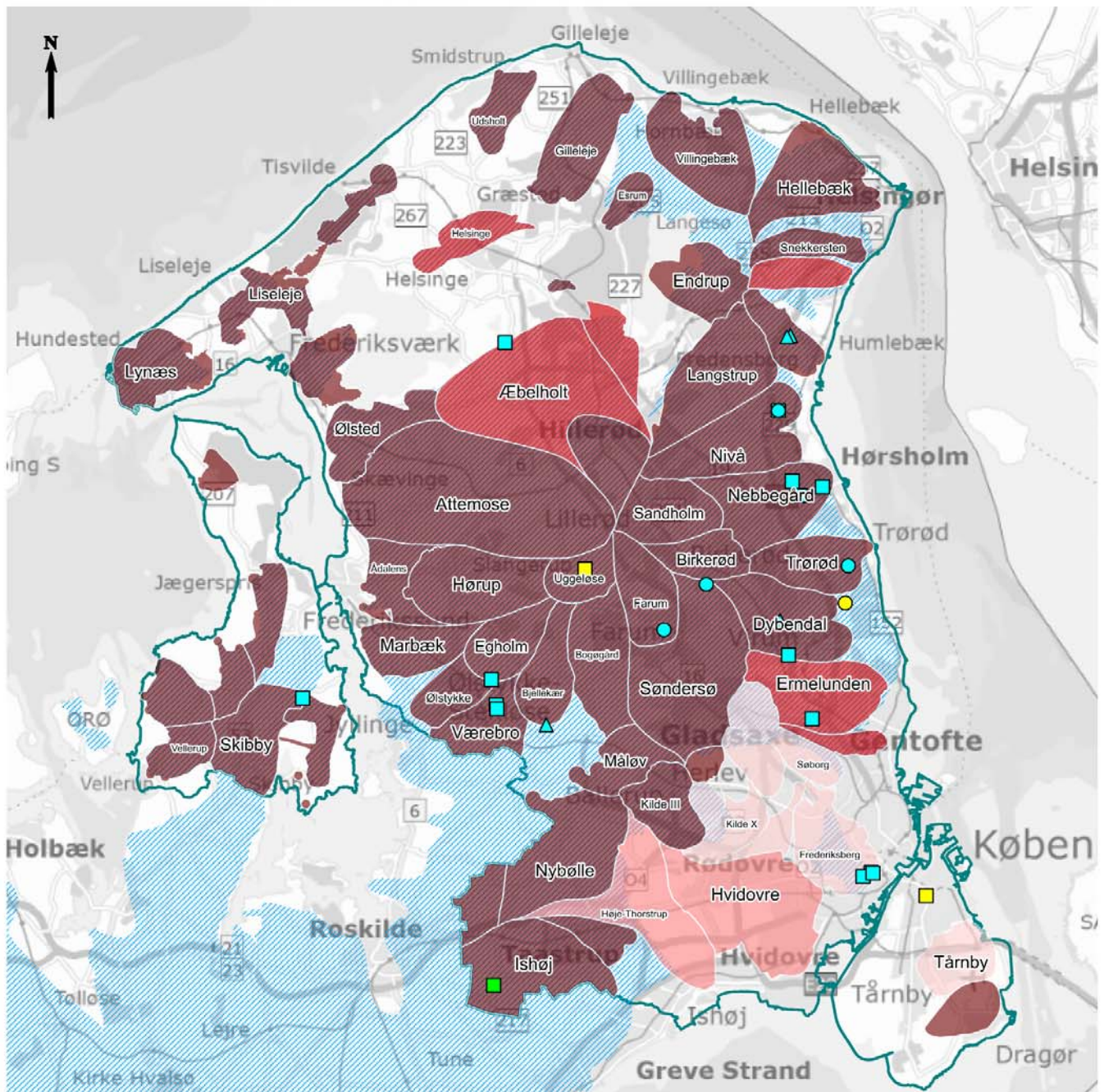


	Grundvand	(39)
	Grundvand og Indeklima	(4)
	Indeklima	(6)

	Grundvand	(30)
	Grundvand og Indeklima	(1)
	Indeklima	(3)

Punkt nr. 25 - Den prioriterede liste for regionens jordforureningsindsats 2018 og kommende år

Bilag 4 Side 1 af 1



Signaturer:

- Region Hovedstaden
- Områder med Særlige Drikkevandsinteresser

% af samlet drikkevandsindvinding

- 80%
- 8%
- 5%
- 7%

Fortsatte oprensninger

- Grundvand (15)
- Grundvand og Indeklima (1)
- Indeklima (2)

Nye oprensninger

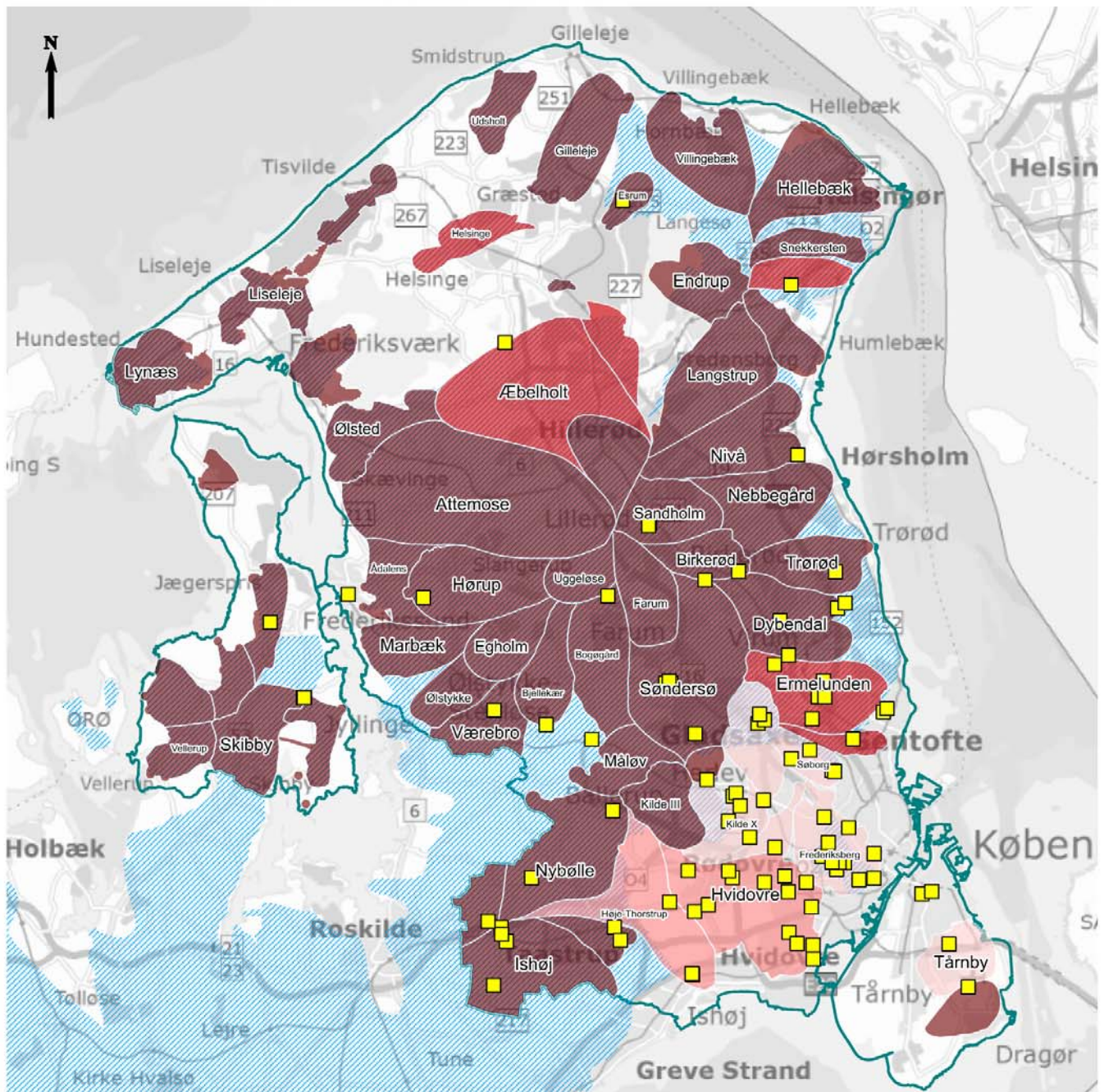
- Grundvand (4)

Kommende oprensninger

- Grundvand (4)
- Indeklima (1)

Punkt nr. 25 - Den prioriterede liste for regionens jordforureningsindsats 2018 og kommende år

Bilag 5 Side 1 af 1



Signaturer:

Region Hovedstaden
Områder med Særlige
Drikkevandsinteresser

Tekniske driftanlæg

% af samlet drikkevandsindvinding

80%
8%
5%
7%

REGION H Region Hovedstaden

UDKAST

Resultatkontrakt- AI-Iværksætterindsats



Resultatkontrakt 2018-2020

Kunstig Intelligens/ AI- Iværksætterindsats

Ansøgning til Vækst Forum

UDKAST

Resultatkontrakt- AI-Iværksætterindsats

Indhold

Baggrund	3
Formål.....	4
Strategiske målsætninger.....	4
Aktører i økosystemet	4
Målgruppe	4
Indsatsområder	6
Sammenhæng til reVUS.....	9
Effektkæde.....	9
Risici.....	9
Organisering	10
Projektorganisering	10
Roller og ansvar	10
Måling og evaluering af indsatsen.....	11
Budget	12
AI.....	12
Bevillingsaftale.....	12

UDKAST

Resultatkontrakt- AI-Iværksætterindsats

Baggrund

Region Hovedstaden har i den regionale vækst- og udviklingsstrategi et mål om, at være et af de fem mest foretrukne steder i verden til udvikling af sundheds- og velfærdsløsninger. I dette arbejde er det nødvendigt at forholde sig til den øgede digitalisering og deraf markante forøgelse af digital information, der med de nye teknologiers analysekraft som fx kunstig intelligens, får en markant indvirkning på måden, hvorpå sundhedsydelse kan tilrettelægges og gennemføres på. En afgørende faktor for at udvikle disse sundhedsteknologier, der skaber bedre og mere effektive løsninger for borger og patienter og som samtidig skaber et konkurrencedygtigt dansk vækstmarked, er at skabe gode vilkår for de virksomheder, der er morgendagens leverandører af disse teknologier.

En ny rapport fra DTU ("Helbredstjek af dansk sundhedsteknologi") peger ligeledes på, at der ligger uudnyttede muligheder i nye eksponentielle teknologier som kunstig intelligens (Artificiel Intelligence, AI), Big Data og Internet-of-things i relation til at styrke sundhedssektoren og samtidig skabe mere vækst og beskæftigelse. En af rapportens anbefalinger er, at der skabes langt bedre rammer for entreprenørskab og start-up vækstlaget. I en OECD-rapport om fremtidige udviklingstendenser for Danmark peges der også på, at netop sundhedsområdet er et område med særligt stort potentiale for iværksætteri og etableringen af nye start-ups.

Et attraktivt AI udviklingsmiljø fordrer dog, at de væsentligste barrierer fejes af vejen for iværksætterne og SMV'er, der arbejder med de nye datadrevne teknologier. Samtidig kan det bidrage til, at kompetencer og talent bibeholdes i Danmark, at udenlandsk talent tiltrækkes samt, at Greater Copenhagen udnytter det kæmpe potentiale, der er ved brug af datadrevne sundhedsteknologier i forhold til at skabe et bedre sundhedsvæsen, vækst og ultimativt jobs. Alternativt forsvinder de i forvejen få iværksættere og virksomheder inden for AI, som ellers ser sig nødsaget til at udvikle deres løsninger i udlandet, hvor vilkårene er mere attraktive.

Der er således et udtalt behov for at få løftet, udviklet og anvendt nye sundhedsteknologier særligt kunstig intelligens, for at vi er i stand til at indfri hovedmålene i den regionale vækst- og udviklingsstrategi. En afgørende faktor for dette og for at udvikle et konkurrencedygtigt erhvervsliv på området, er at skabe gode vilkår for iværksætteri og entreprenørskab og understøtte fælles læring om teknologiernes anvendelse i sundhedssektoren. Region Hovedstaden har derfor allerede sat et arbejde i gang, der skal understøtte AI udviklingen målrettet sundhedssektoren, bl.a. via rammeaftalen med IBM pr. 17. maj 2017, men det er nødvendigt med en yderligere indsats, der skal styrke iværksætermiljøet særligt inden for datadrevne sundhedsteknologier, men også inden for andre områder.

Projektet skal skabe innovation via den såkaldte Triple Helix-mode, hvor universiteter, erhvervsliv og det offentlige samarbejder på flere niveauer og udvikler idéer og strategier via en neutral mødeplads. Aktørerne tager på forskellig vis tager ejer- og lederskab i samarbejdet og skal tillige koordinere projektets aktiviteter med andre aktørers særligt Copenhagen Healthtech Cluster, hvor aktiviteterne under dette projekt skaber fin synergi og supplement til CHC's aktiviteter. I projektet vil det ligeledes være naturligt at koordinere og skabe et stærkt samarbejde med Copenhagen Health Innovation og KU.

Projektet skal hertil tænkes sammen med eksempelvis følgende initiativer, der har fokus på datadrevne teknologier: ReVUS Fyrtårnet: "Digital infrastruktur og fælles datahub i Greater Copenhagen" samt indspillet til regeringen fra de 4 førende universiteter omkring etablering af en digital innovationshub. Projektet kan netop danne erfaringer forud for sidstnævnte digitale innovationshub.

UDKAST

Resultatkontrakt- AI-Iværksætterindsats

Formål

Regionen ønsker at igangsætte et initiativ, der skal understøtte AI-start ups og – iværksætter communityet målrettet sundhedssektoren i bred forstand. Ved et community forstås et åbent kreativt miljø der arbejder mod samme primære formål, at få løftet, udviklet og anvendt nye AI-sundhedsteknologier via et AI Community og derved at skabe bedre vilkår for start ups, iværksættere og entreprenører på området. Dette er dels for at sikre etableringen af flere nye iværksættere, dels for at støtte udviklingen hos eksisterende iværksættere og entreprenører. Hensigten er, at styrke sundhedssektoren, skabe ekspansive vidensmiljøer og anvende nyeste forskningsbaseret viden inden for AI samt, at skabe yderlige grobund for vækst og øget beskæftigelse.

Strategiske målsætninger

A. Den foretrukne AI udviklings hub

At gøre Greater Copenhagen til det foretrukne sted for AI-udvikling, ved at skabe et økosystem, der samler aktører og dermed synliggør og udnytter vores styrkeposition inden for AI og sundhed med henblik på at tiltrække talent, investorer og jobs til Greater Copenhagen.

B. Synlige rammer for procedurer og processer:

At få etableret tydeligere rammer og processer samt bistand, der muliggør at SMV'ere og start-ups kan udvikle morgendagens datadrevne teknologiløsninger bl.a. til sundhedsvæsenet som understøtter kvaliteten i de offentlige ydelser.

C. Nedbryde barrierer:

At nedbryde nogle af de barrierer, der eksisterer omkring brug af sundhedsdata og synliggøre værdiskabelsen af de succesfulde case-historier, hvor iværksættere får et frugtbart samarbejde med Region hovedstaden

D. Understøttelse af fælles teknologilæring:

At nye datadrevne teknologier tilpasses og udvikles til det danske sundhedsvæsen via et vækstsabende bredt AI-økosystem, der kan understøtte fælles læring om teknologiernes anvendelse til at skabe bedre løsninger til gavn for borgere, patienter og klinikere.

Fokus i projektet er på nye eksponentielle teknologier som primært kunstig intelligens (AI) men også IoT og Big Data. AI dækker over alle områder, hvor udnyttelse af data kommer i spil for at skabe intelligente beslutningssystemer.

Aktører i økosystemet

- SMV segmentet (Start ups/etablerede/med-/uden produkt)
- Uddannelses- og forskningsmiljøer (PhD'er / masterstuderende, forskere, studerende)
- Større virksomheder (IBM, Google, Microsoft)
- Hospitaler og klinikere
- Kommuner
- Regioner (ledelsesniveau men er ellers dækket af ovenstående)
- Accelerator/ inkubator miljøer
- Andre eksterne parter som Copenhagen Health Tech Cluster, CACHET m.fl.

Målgruppe

Etablering af et økosystem eller community kræver, at der i en samarbejdsplatform involveres en lang række aktører med forskellige kompetencer og ressourcer (se oven for), der har gensidig fordel og synergi i

UDKAST

Resultatkontrakt- AI-Iværksætterindsats

at samarbejde med hinanden. Dog har projektet en række målgrupper, som projektets indsatser, ydelser og aktiviteter i særlig grad henvender sig til. Hovedmålgruppen for projektet er nye start ups og iværksættere såvel som eksisterende iværksættere og entreprenører, der arbejder med AI teknologi i bred forstand. Der kan fx være tale om start-ups, der allerede er etableret eller på vej til at blive etableret af bl.a. forskere eller studerende på universiteter, eller klinikere og læger på hospitaler. Ligeledes kan der være tale om mere modne start-ups (SMV'ere), der allerede har etableret sig på markedet og har behov for at skalere og eventuelt er inde i en stærk internationaliseringsproces.

En væsentlig rammebetingelse for start-ups er at have adgang til vigtige samarbejdspartnere, fx potentielle kunder, data-samarbejdspartnere, investorer m.m. Derfor vil en sekundær målgruppe for projektet bl.a. være større virksomheder, forskningsgrupper på universiteter og kliniske afdelinger på hospitaler. Disse målgrupper skal indgå i communityet og bl.a. fungere som leverandører af data, teknologi, datainfrastruktur, værktøjer og andre ressourcer og vidensdele ved at indgå i samarbejdsprocesser med start-ups og i entreprenørskabsaktiviteter.

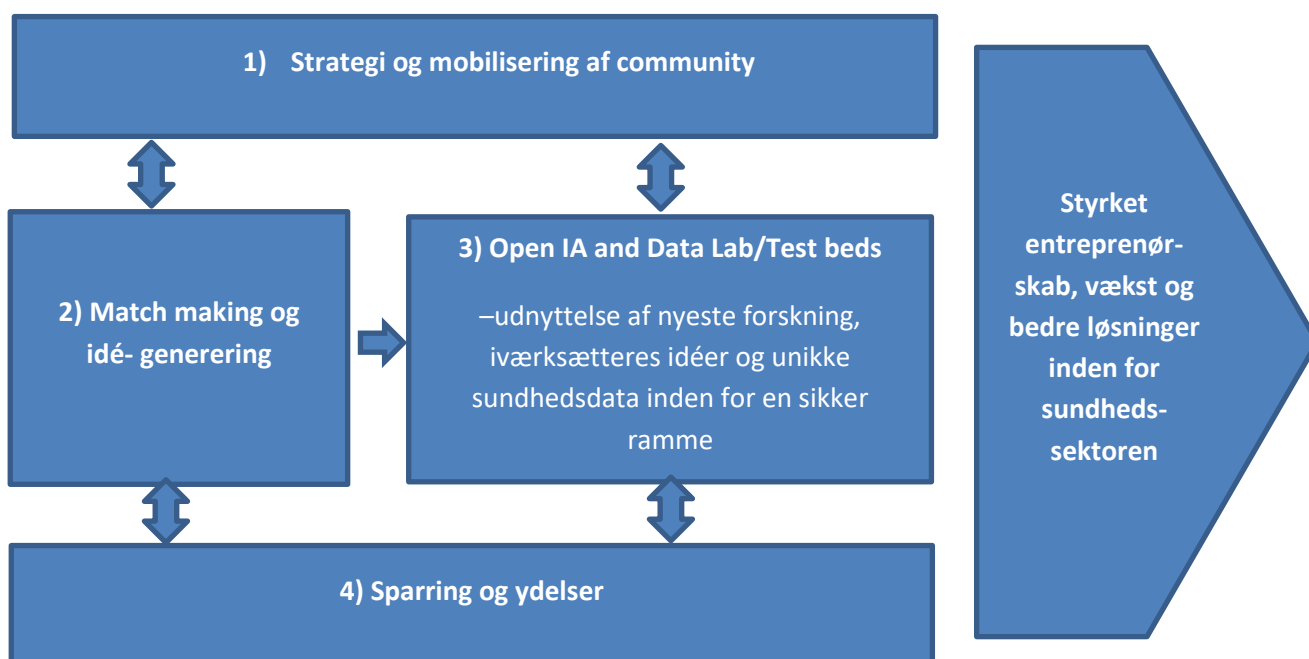
I projektet skelnes mellem den målgruppe, som er en del af communityet i sit hele og så den målgruppe, som består af start ups og virksomheder, der efter en række screeningskriterier udvælges til at deltage i forløb og modtage andre ydelser via projektets midler i communityet.

Virksomhederne i communityet skal være drevet af, at arbejde primært med datadrevne teknologier relateret til sundhed og sundhedsvæsenet inden for AI, IoT og Big data og dertilhørende hardware og processer.

Communityet skal ikke ses som et isoleret initiativ, men det skal indgå i et tæt samarbejde med øvrige relevante netværk og aktører inden for AI og entreprenørskab, både nationalt og internationalt.

Indsatsområder

Projektet arbejder inden for 4 overordnede indsatsområder:



UDKAST

Resultatkontrakt- AI-Iværksætterindsats

I det følgende beskrives indsatsområderne helt overordnet og dernæst deres sammenhæng til reVUS. Derefter ses Bilag A: Effektkæden, der beskriver de primære aktiviteter, der er relateret til de respektive indsatsområder samt en uddybende aktivitetsbeskrivelser. Sidst i bilaget ses projektets effekter.

Indsatsområder

Strategi og Mobilisering Vægtning: 15 %	Projektet har til opgave at samle og styrke AI økosystemet mhp. at skabe et stærkt attraktivt økosystem, der kan positionere sig- også internationalt. Der skal skabes en fælles strategisk platform, der sikrer ejerskab og synergi blandt økosystemets aktører til at drive og udvikle en fælles strategisk retning for communityet og som kan være med til at sikre tilpasning og prioriteringen af projektaktiviteterne. Communityet skal mobilisere interessenter og bidrage til international synliggørelse af vores styrke inden for AI, af kompetencer, talent samt investeringspotentialer i Greater Copenhagen. Mobilisering fordrer en særskilt kommunikationsindsats, hvor eksempler på de gode case-historier fortælles som bidrag til at opbygge fortællingen om Greater Copenhagen, som den foretrukne AI-Hub, samarbejdspartner og investeringspotentialer. Denne branding sker i koordination med initiativerne hos CHC. Via communityet tilbydes en række særskilte ydelser og aktiviteter, hvoraf nogle er tilgængelige for alle og andre kun for de der har været igennem nogle screeningskriterier.
Match making og Idé-generering Vægtning: 14 %	Projektet skal bygge bro mellem iværksættere og forskere og mellem AI-udviklere og aftagere af teknologien. Projektet arbejder på, at bidrage til udbredelsen af viden om teknologiernes kunnen på tværs af fagområder og institutioner både klinisk, teknisk, offentligt såvel som privat, mhp. at identificere behov samt konkretisere og initiere nye AI projektmuligheder. Der er behov for rammer, der understøtter netværk, tværfaglighed og vidensdeling. Hertil skal AI forskningsmiljøet være endnu tættere tilknyttet start-up miljøet. <i>Idégenereringsworkshops:</i> Sammen med aktører i communityet udforskes, hvordan AI-teknologien kan levere værdi og bidrage til bedre, mere effektive løsninger inden for sundhed via idégenerende faciliterede workshops. Formålet er at sætte klinikere, forskere, virksomheder og andre stævne- med det primære formål at: 1) introducere teknologien og dens muligheder, 2) at få belyst klinikernes behov og 3) udvikle de indledende skitseringer til nye pilotprojekter/ use-cases 4) skabe attraktive puljer af data, der kan arbejdes videre med Projektet skal facilitere arrangementer, der løbende bringer aktører sammen omkring idéer og udfordringer og derved danne grobund for ny inspiration, vidensdeling, sparring, feedback og ikke mindst nye projekter i communityet. Projektet skal tillige rumme den enkelte iværksætter, der efterspørger hjælp eller en kliniker, der har en konkret udfordring og lignende mhp. at kunne skabe match mellem start-ups og videnspersoner, der kan bidrage til at kvalificere løsninger.

UDKAST

Resultatkontrakt- AI-Iværksætterindsats

	Idégenerering og Matchmaking skal medføre, at der kan arbejdes videre med kvalificerede projektideer og/ eller projekt-/ produktudfordringer i en Testbed (se indsatsområde 3) eller vha. ressourcer og ydelser udbudt i indsatsområde 4.
Open AI and Test beds Vægtning 38 %	Projektet skal tilbyde et attraktivt udviklingsmiljø, hvor klinikere, forskere, start-ups/talenter arbejder sammen i et 'åbent' miljø om at udnytte sundhedsdata (og andre data) til eksperimentel udvikling af AI- og datadrevne løsninger, der har kommercielt potentiale. Formålet er i sidste instans at udvikle proof of concepts men også at nedbryde nogle af de barrierer, der er ved brug af sundhedsdata, ved at forevise succesfulde eksempler på nyskabelse. <u>Test bed:</u> En Test bed skaber et åbent, men sikkert og trygt, "rum" for eksperimentel udvikling baseret på den nyeste forskning og teknikker inden for data og datasikkerhed i forhold til udfordringer på sundhedsområdet. Testbeds skal tage afsæt i den strategiske retning, der er lagt (jf. indsatsområde 1), og i de idégenererings- og match making sessions, der gennemføres med aktørerne (jf. indsatsområde 2). Her kan start-ups arbejde sammen med klinikere og forskere om konkret afprøvning af databaserede løsninger, der vil kunne implementeres i klinikken. Testbeds/datalabs tager således udgangspunkt i problemknusning og eksperimentel udvikling i forhold til udvalgte udfordringer. Indgangsvinklen kan både være med udgangspunkt i en konkret udfordring men også at iværksættelse og forskere eksperimenterer sig frem til nye løsninger på uventede områder. Den data der er brugt og bliver genereret under en test-bed er tænkt også at kunne bidrage til at skabe attraktive puljer af data, der kan arbejdes videre med i communityet. I Projektet skal det tillige undersøges, hvorvidt det er muligt at etablere en særlig adgang til visse (sundheds)- datasæt for communityet i en given periode. Evt. ved brug af et standard ansøgningsskema for en specifik målgruppe. <u>Open AI:</u> Ud over at projektet skal kunne fremskaffe data til brug for test beds, har projektet tillige en særlig opgave ift. at få afdækket, hvorvidt det er muligt at stille åbne anonymiserede (sundheds)data til rådighed for iværksættere til at eksperimentere med. Ved at etablere en åben dataplatform over en periode, kan start-ups, studerende og forskere få en unik mulighed for at eksperimentere i forhold til at finde mønstre i data, indikationer på udfordringer, diagnoser eller lign., der kan arbejdes videre med løsninger til. Ved at bruge datasæt som ikke umiddelbart er "matchende" ses ofte nye innovative løsninger. Iværksættere ser anonymiserede data som en nøgle til at få testet deres ideer hurtigt af ved at udarbejde et proof-of-concept. <u>Hackathons:</u> Projektet ser også, at Hackathons og innovationscamps skal tilbydes inden for rammerne af AI-Communityet i samarbejde med eksterne parter, hvor der stilles en udfordring fra en klinisk afdeling eller en kommune f.eks., som teams (tværfaglige studenterteams, start-ups mv.) skal løse, med mulighed for at vinde en pris for den bedste løsning.

UDKAST

Resultatkontrakt- AI-Iværksætterindsats

Sparring og ydelser	Projektet har som opgave at tilbyde sparring, ydelser og aktiviteter, der er med til at smidiggøre processerne for at arbejde med AI-udvikling. Med projektet etableres en grundinfrastruktur for communityet og øvrige relevante interessenter.
Vægtning 15%	Der skal opbygges og udvikles tydelige processer og strukturer, der hjælper den enkelte iværksætter med at skaffe sig den hjælp og viden, virksomhederne behøver for at komme videre i Regionen, når vi taler om udvikling af kunstig intelligens og andre datadrevne teknologier til bl.a. sundhedsvæsenet. Det værende inden for Jura, IP, udbudsregler m.m. I projektet udvælges konkrete administrative processer, som søges optimerede og effektiviserede. Nogle af disse vil være ud over projektets levetid og skal koordineres med eksisterende initiativer, (i relation til dataadgang f.eks.), andre vil omhandle udarbejdelse af nye konkrete procesbeskrivelser, der efterfølgende kommunikeres ud til målgruppen. Endvidere skal projektet give iværksætterne adgang til ydelser af forskellig karakter alt efter, hvor de er på deres produktudviklingskurve og hvorvidt, der er tale om etablerede start ups eller kommende. Operatøren screener virksomhederne efter en række kriterier godkendt af styregruppen og der indgås en plan med den enkelte virksomhed omkring et forløb i Hub'en og omkring, hvilke ydelser og aktører virksomheden har brug for. Samarbejdet mellem virksomheden og Hub'ens aktører foregår således dels efter en aftalt proces med operatøren dels uformelt i Hub'en. Omkring AI-hubben skal der opbygges en fast samarbejdskreds af eksterne rådgivere og aktiviteter relateret til start-up miljøet, som kan udbygges efter efterspørgsel. Projektet har tillige som opgave, at kunne guide iværksætterne ift. andre erhvervsfremmeaktører som arbejder med forretningsudvikling, investor strategier m.m. Projektet skal ligeledes sørge for, at communityet har adgang til brug af og dialog med højt specialiserede fagpersoner, relevante netværk, videnspaneler, teknologiplatforme hos eksterne leverandører f.eks. og lignende. Projektet bliver koblet til en række ressourcepersoner, som kan indgå i workshops, sparringssessioner og videnspaneler efter behov. Videnspanelerne er sammensat af fx forskere, klinikere fra specifikke afdelinger hvor løsningerne målrettes, fagfolk fra CIMT, advokater, udviklere og CTO's fra store virksomheder, administrationen i CRU m.m.
Projektledelse	Operatøren skal udarbejde en projektplan herunder tidsplan, risikoanalyse, interessentanalyse, og løbende overblik over ressourcer og økonomi i projektet.

UDKAST

Resultatkontrakt- AI-Iværksætterindsats

Sammenhæng til ReVUS

Sammenhæng mellem projektets indsatsområder, de strategiske målsætninger samt ReVUS:

Region Hovedstaden har i den regionale vækst- og udviklingsstrategi et mål om, at være et af de fem mest foretrukne steder i verden til udvikling af sundheds- og velfærdsløsninger.			
1) Strategi og Mobilisering	2) Match making og Idé-generering	3) Open AI and Test beds	4) Rådgivning og ydelser
A) Den foretrukne AI udviklings hub			
			B) Synlige rammer for procedurer og processer
C) Nedbrydning af barrierer			
	C) Understøttelse af fælles teknologilæring		

Effektkæde

Se Bilag A

Interessenter

I projektet er der en særsomt indsats omkring interessenter eftersom at særligt forskere, klinikerer og CIMTs interesse og bidrag til projektet er af afgørende karakter. Derfor påbegynder vi, så snart projektansøgningen er indsendt, arbejdet med at undersøge om, de aktiviteter vi forestiller os faktisk kan lade sig gøre ift. at få skaffet dataadgang.

Risici

Risici	Afbødning
Forskere og klinikere har knappe ressourcer og deraf mindre tid til at indgå i projektet	I indsatsområdet: 'Strategi og Mobilisering' gennemføres en særsomt indsats for netop at mobilisere disse målgrupper.
Det er ikke afklaret, hvorvidt det er muligt at få adgang til dels anonymiserede data dels personhenførbare data	I projektet arbejdes der sideløbende på at sikre sig commitment fra CIMT og andre væsentlige dataaktører. Hertil undersøges mulighederne for, at etableres en særsomt ansøgningsprocedurer for

UDKAST

Resultatkontrakt- AI-Iværksætterindsats

	communitiets medlemmer. Initiativet vidensdeler og koordinerer med lign. data initiativer eks. hos CHC og DTU.
Stramninger i lovgivningen eks. ift. Persondataloven- kan få indflydelse på muligheden for dataadgang og dataopbevaring	

Organisering

Projektorganisering

Projektet ledes af en styregruppe. Styregruppen lægger den strategiske retning for communityet og træffer beslutning om de samlede mål, handlingsplan og budget. Styregruppen består af en repræsentant for hver af de aktive partnere, dvs. Scion DTU, DTU Innovation og Sektorudvikling, Region H, CIMT, Nordic AI, og DTU Compute.

Der etableres en projektorganisation, som fysisk er lokaliseret i DTU Skylab, således at der sikres god synergi med aktiviteter i DTU Skylab og Scion DTU, hvis aktiviteter ift. Danish Tech Challenge og kommende high-tech inkubator også er lokaliseret i nærhed til DTU Skylab.

Projektgruppen består af en projektleder og en projektmedarbejder (ell. forretnings- og teknologiudvikler), som har deres daglige gang omkring communityet. Nordic AI har ligeledes en medarbejder i projektgruppen. Denne har dels tilknytning til projektgruppen dels til deres egen organisation for at sikre synergi og koordinering ift. øvrige aktiviteter, der relaterer sig til arbejdet med at sikre attraktive rammer for entreprenørskab og start-up vækstlaget inden for AI og relaterede teknologier. Det betyder, at Nordic AI fysisk sidder sammen med projektgruppen i noget af deres arbejdstid (fx 2-3 dage om ugen). Endvidere består projektgruppen af personer fra Region H, som har ansvar for at koordinere indadtil ift. initiativet En indgang, hospitaler og klinikker, CIMT m.m. og personer fra DTU Compute, som har ansvar for at koordinere tæt med forskningsmiljøet.

Community set-up

Opgaven for projektgruppen er at skabe et aktivt, dynamisk og attraktivt miljø for potentielle, fremtidige iværksættere og eksisterende start-ups/ SMV'ere. Et community, hvor der skabes interaktion mellem de nødvendige aktører ift. at skabe flere løsninger, der baserer sig på AI og relaterede teknologier, og hvor medlemmerne bidrager til at løfte opgaven.

Roller og ansvar

Resultatkontrakten indgås med Scion DTU som administrativ partner. DTU AIS (Skylab og kontoret for Erhverv og Myndigheder) vil varetage projektledelsen og sammen med Nordic AI og DTU Compute være de primære faglige partnere eftersom projektets succes afhænger af specialistviden inden for AI og relaterede teknologier såvel som direkte kontakt til AI-miljøets kerne.

Projektledelsen er tovholder for og koordinerer projektets fælles aktiviteter, er administrativ ansvarlig for projektets gennemførelse, tovholder for projektets evaluering, står for møder i styre- og projekt-gruppe og har kontakten til regionen.

UDKAST

Resultatkontrakt- AI-Iværksætterindsats

I miljøet omkring Scion DTU, DTU Compute, DTU Skylab er der et stærkt potentiale og tradition for at skabe nye vækstorienterede digitale start-ups i spændet mellem den anvendelsesorienterede forskning og reelle kommercielle aktiviteter og understøtte allerede etablerede start-ups i deres udvikling.

DTU AIS: DTU Afdelingen for Innovation og Sektorudvikling (AIS) består bl.a. af både DTU Skylab og kontoret for Erhverv og Myndigheder. DTU Skylab har stor erfaring med at skabe attraktive rammer for spirende iværksættere fra DTUs forskningsmiljøer og uddannelser samt at bidrage til at samle iværksætermiljøets aktører i events af forskellig karakter. Desuden indgår DTU Skylab i en række nationale og internationale projekter og har fokus på sparring og coaching af talenter og iværksættere. Kontoret for Erhverv og Myndigheder har gennem en årrække været involveret i initiativer og aktiviteter, hvor samarbejde med de kliniske miljøer primært på hospitaler i Region H har været i fokus. Desuden er kontoret ansvarlig for DTUs rammekontrakt og øvrige samarbejde med Region H. Disse erfaringer vil være oplagte at trække ind i projektet.

DTU Compute: DTU Compute er DTU's institut for Computer Science og matematisk modellering. DTU har forskere med dyb specialistviden inden for alle områder relateret til kunstig intelligens, big data og Internet of Things. I sine forsknings- og innovationsaktiviteter har DTU Compute et bredt netværk og samarbejde med en lang række virksomheder fra globale virksomheder til allerede eksisterende virksomheder og SMV'er og start-ups inden for teknologier relateret til computer science, og trækker på kompetencer og samarbejder fra en lang række internationale universiteter. DTU Compute uddanner fremtidens kandidater og talenter og har inden for de senere år etableret en række uddannelser, der har særligt fokus på nye teknologier, Big Data, digitalisering mm. DTU Compute indgår i projektet ift. at løse udfordringer i sundhedsvæsenet med teknologier og metoder relateret til AI og relaterede teknologier. Desuden giver projektet mulighed for, at DTU Compute samarbejder med start-ups og virksomheder, som har behov for kompetencer og viden inden for området.

Nordic AI: Nordic AI er en non-profit organisation, der arbejder for at skabe et stærkt miljø for start-ups inden for kunstig intelligens i hele Norden. Nordic AI har erfaring ift. at arbejde strategisk med at italesætte dansk ekspertise inden for AI i en global kontekst, med at afholde AI events, Meet ups og konferencer i Norden med stor impact, samt har en solid erfaring i at bygge bro mellem AI virksomheder og forskere mhp. at gøre AI anvendelsesorienteret og vækstskabende. Nordic AI samler iværksættere, Academia, investorer og etablerede virksomheder mhp. at styrke AI udviklingen og skabe vækst i Danmark. Nordic AI vil i projektet kunne bidrage til at aktivere det community, de allerede har bygget op og tiltrække interessante keynotes og andre eksperter til aktiviteter i projektet. Projektet vil give mulighed for at løfte de aktiviteter, som Nordic AI har taget hul på til et helt andet niveau, og dermed gøre Greater Copenhagen til et af verdens førende steder for AI udvikling

Scion DTU: Scion DTU er DTU's forskerpark, som udover at huse en række spændende højteknologiske virksomheder, også har fokus på at skabe et innovativt miljø, der tilbyder netværk, adgang til eksperter og investorer samt en række initiativer med fokus på at skabe forretningsudvikling i både start-ups og SMV'er. Gennem initiativer som Danish Tech Challenge og Smart Innovation arbejder Scion DTU målrettet med at understøtte flere højteknologiske vækst- iværksættere og start-ups.

Med en kobling af disse aktører har Region Hovedstaden et solidt udgangspunkt for at blive et af de fem foretrukne udviklings hubs til udvikling af sundheds- og velfærdsløsninger i verden.

Måling og evaluering af indsatsen

Årligt følges der op på projektets fremdrift og resultater ifm. ansøgning om nye midler via Vækst Forum. Halvårligt er der evalueringsmøder med en kort status på leverancer/ output og på fremdrift ift. effekt.

UDKAST

Resultatkontrakt- AI-Iværksætterindsats

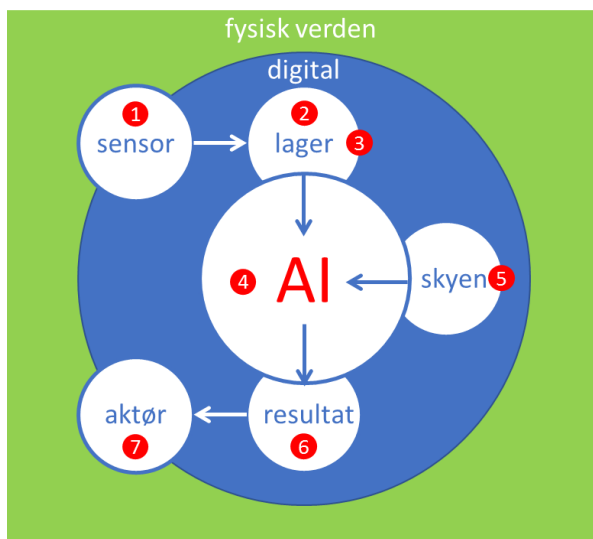
Budget

Resultatkontrakten har et budget som er vedlagt som Bilag B.

AI

Kunstig Intelligens (KI) (eller Artificial Intelligence, AI) betegner bredt set det software, der kan afkode store mængder af ustrukturerede data (big data) så som billeder og faglitteratur på meget kort tid. Intelligente systemer kan således bruges til f.eks. klinisk beslutningsstøtte, herunder diagnosticering, udvælgelse af behandlingsregime, planlægning af behandlingsforløb, hjælp til kliniske opgaver ved billed- og stemmegenkendelse samt inden for en lang række andre områder etc.

Nedenstående figur illustrerer den række af teknologier og metoder, der er relateret til udvikling af AI, fra opsamling af data i sensorer og andre IoT devices til lagring og bearbejdning af data, behandling af data fra mange datakilder frem mod den egentlige bearbejdning af data med kunstig intelligens. I nogle tilfælde vil der efter AI udvikling også finde en udvikling sted, hvor den kunstige intelligens bliver integreret i fysiske produkter.



- 1 Sensor omsætter fysiske elementer til data, dvs. materie –il bits
- 2 Rå data gemmes i lager
- 3 Data renses og gøres klar til analyse
- 4 Analyse ved hjælp af kunstig intelligens, machine learning, statistik
- 5 Der kan i analysen inddrages data fra andre kilder, f.eks. fra skyen
- 6 Analyserne producerer et eller flere resultater
- 7 Resultaterne omsættes til fysiske elementer, dvs. fra bits til materie. f.eks.

Bevillingsaftale

Se Bilag C

Effektkæde

Nedenfor ses en effektkæde bestående af de primære aktiviteter, en uddybende aktivitetsbeskrivelse samt Leverance/ Output. De samlede effekter beskrives til sidst i tabellen og ses som samlet for alle 4 indsatsområder.

	Primær aktivitet	Uddybende aktivitetsbeskrivelse	Output/ Leverancer
1) STRATEGI OG MOBILISERING	1.Udvikling af koncept og organisatorisk set-up for community	a. Definere hvordan rammerne for community skal være herunder beslutning om medlemskabsmodel	• Et community med 200 medlemmer i 2020. • En kommunikationsplatform der benyttes af 80 % af medlemmerne i community
		b. Udvikling og gennemførelse af rekrutteringsplan og materiale i forbindelse hermed	
		c. Udvikling af screeningsværktøjer og gennemførelse af screening ifm. virksomhedernes adgang til projektets aktiviteter (primært Test-bed, Open AI)	
		d. Beslutning af hvilken kommunikationsplatform der skal være communitys primære samt etablering af denne/ kanaler til eksisterende set-up.	
		e. Vurdering af hvilke netværksaktiviteter, der er nødvendige at deltage i mhp. at bidrage til opnåelse af projektets overordnede målsætninger.	
	2. Udarbejde en stakeholder engagement plan med særlig fokus på mobilisering af klinikere og forskere	a. Udarbejdelse af stakeholder engagement plan for væsentlige interessenter og særskilt plan for, hvordan forskere, klinikere og CIMT mobiliseres og får lyst til at tage ejerskab i projektet. Projektets value proposition skal være klart for især denne målgruppe.	• En stakeholder engagement plan for væsentlige interessenter herunder minimum for forskere og klinikere og CIMT. • At minimum 75 klinikere og 50 forskere i alt har været involveret i aktiviteter i community.

		CIMT skal være en integreret del af projektet ift. datadelen (skal verificeres)
3. Udarbejdelse af intern såvel som ekstern Brandingstrategi - og kommunikationsplan	a. Intern i relation til community og eksterne i relation til omgivelserne.	- En Branding strategi og kommunikationsplan dækkende for 2018-2020. 30 artikler eller præsentationer ved eksterne events som brander AI-communityet.
4. Initiering og afholdelse af generelle community aktiviteter som Meet ups, high level key notes, events	a. Udarbejde plan for afholdelse af aktiviteter og events i år 1 og 2.	3-5 events og/eller Meet Ups med minimum 200 deltagere, hvor i alt 30 start ups og virksomheder angiver, at de har fået ny viden og inspiration og nye kontakter, der er væsentlig for deres virksomheds udvikling inden for AI og relaterede teknologier.
	b. Detailplanlægning og afholdelse af Meet ups og events. Enten selvstændige events i community-regi eller aktiviteter, der indgår i eksterne events. Projektet kan bl.a. være en del af følgende events: - AI & Digital Health Meet ups, 2018 - Generisk AI konference, KBH 2018 - Aktiviteter under DTU High Tech Summit 2018 - Denmark Bridge koncept	
5. Udarbejdelse af Manifest	a. Communityet udarbejder et manifest i fællesskab, der beskriver, hvilken retning Greater Copenhagen ønsker at gå ift. datadrevne teknologier herunder AI.	Inden august 2018 foreligger der et ca. 3-5 siders manifest, der beskriver den strategisk retning for Greater Copenhagen inden for AI og relaterede teknologier.

	Primær aktivitet	Uddybende aktivitetsbeskrivelse	
2) IDÉGENERERING OG MATCHMAKING	1. Identifikation af de primære sundhedsfaglige områder, som projektets udviklingsaktiviteter, skal tage udgangspunkt i.		- Gennemførelse af 5-6 idégenererende samskabende workshops, hvori minimum 15 aktører fra forsknings-, klinik-, virksomheds og start-up miljøet mødes, og arbejder på at udvikle nye idéer inden for AI-udvikling og relaterede teknologier. - Udvikling af minimum 15 nye idéer til AI innovationssamarbejder pr. år, der kan konkretiseres via et forløb i Test-Beds.
	2. Planlægning og afholdelse af idégenererende og samskabende workshops	a. De samskabende workshops kan skal bl.a.: - introducere teknologien og dens muligheder, - belyse klinikernes- og andres behov og - udvikle de indledende skitseringer til nye pilotprojekter/ use-cases som muligvis kan gå videre i et test-bed forløb	
	3. Foretage match making mellem start-ups og videnspersoner, der kan bidrage til at kvalificere løsningerne.	a. Dialog med iværksættere og start-ups mhp. at henvise dem til specialist og/eller andre kompetence som nærmere beskrevet under indsatsområde 4.	
	Primær aktivitet	Uddybende aktivitetsbeskrivelse	
3) OPEN AI OG TEST-BEDS	1. Test-Beds: Udvikling og ibrugtagning af koncept for Test Bed forløb	a. Udvælgelse af teams til test beds og fremsendelse af materiale	- Udvikling af 3-4 nye proof of concepts pr. år inden for AI produktudvikling og relaterede teknologier. 90 % af deltagerne i test-beds vurderer, at de har opbygget nye kompetencer der relaterer sig til AI-udvikling.
		b. Fremskaffelse samt klargøring af data herunder indgåelse af databehandlafter og andre godkendelser	
		c. Udarbejde koncept for samt gennemførelse af test-bed forløb (udviklingsforløb) herunder screeningskriterier.	

4) SPARRING OG YDELSER	2.Open AI	a. Undersøge og afdække mulighederne for at etablere en åben dataplatform af anonymiserede (sundheds)-data, f.eks. inden for et af de udvalgte sundhedsfaglige områder. -Indgåelse af aftaler omkring datainfrastruktur/ etablering af datainfrastruktur -Datafremskaffelse inkl. tilladelser, klargøring oprensning -Udarbejdelse af koncept for brug af den åbne database og invitere aktører til at deltage i "åbne-data-events/ udvikler workshops".	• Via de åbne data giver projektet adgang til at minimum 10 aktører fra communityet kan arbejde med de åbne datasæt. • Projektet skal som minimum afholde 1-2 Hackathons om året. • Minimum 30 iværksættere fra communityet skal deltage i den Europæiske Hackathon i 2018 • Opnåelse af 5 nye proof of concept inden for AI pr. år, der kan arbejdes videre med mhp kommercialisering i eks. Test-bed forløb.
		b. Planlægning og samarbejde med eksterne omkring Hackathons. Herunder skal communityet samarbejde med Reg H og den Præ Hospitale Virksomheder omkring planlægning og afvikling af en Europæisk Hackathon vedr. Akutberedskab.	
	3.Standard set-up for særlig dataadgang	a. I Projektet skal det undersøges, hvorvidt det er muligt at etablere en særlig adgang til visse (sundheds)- datasæt for communityet i en given periode. Evt. ved brug af et godkendt standard ansøgningsskema, som kan benyttes i hele projektperioden, for en specifik målgruppe.	• Fast aftale om dataadgang på særlige smidige præmisser i perioden 2018-2019.
	Primær aktivitet	Uddybende aktivitetsbeskrivelse	
	1.Etablering af adgang til Teknologiplatforme	a.Undersøge muligheder og indgå aftaler om adgang til teknologiplatforme bla. Computerrome, via Google, Microsoft, IBM m.fl.	• At 85% af de virksomheder der efterspørger adgang til eksterne teknologiplatforme i relation til deres AI-udvikling får adgang.
	2. Opbygning af netværk til specialister	b. Afdække hvilke fag-specialister inden for AI projektet vil kunne trække på og indgå partnerskabsaftaler med relevante specialister (forskere, specialister, klinikere), der kan være med til at kvalificere løsninger eller indgå som medudviklere.	• Etablering af 10 match mellem start-ups/virksomheder og forskere inden for AI og relaterede teknologier. • 80 % af de start-ups/ virksomheder, der bliver matchet med en forsker får input, der bidrager til deres AI-produktudvikling i meget eller høj grad.

3.Mentoring: Udvikle Scion Team Mentoring til at kunne håndtere AI iværksætteres udfordringer.	a. Identificere og bygge netværk til relevante mentorer med viden om AI og/eller sundhedsvæsenet, der kan bidrage til AI iværksætteres produkt- og forretningsudvikling. Udbyde og gøre opmærksom på mentorordningen i communityet		20 virksomheder har via Scion Team Mentoring fået kontakter, som de vil bruge til at etablere vidensamarbejder fremover
4.Opbygning af sparrings-gruppe bestående af rådgivere og eksperter, hvor der samarbejdes og koordineres med eksisterende initiativer eks. erhvervsfremmeordning er.			60 iværksættere er matchet med relevante rådgivere og erhvervsfremmerådgivere
5.Optimering og tydeliggørelse af processer:	a. At udvikle et overblik over de 2-4 vigtigste interne processer og aktiviteter i Reg H, relateret til AI-udvikling, som er mulige at gøre mere effektive og tydelige. Disse processer skal understøtte at processerne omkring AI udviklingen foregår mere smidigt og skal kommunikeres ud til communityet.		At minimum 90 % af communityets deltager oplever at de udvalgte processer er forståelige og fremmer iværksætterens arbejde med AI-udviklingen og relaterede teknologier.

PROJEKTLÆDELSE	Udarbejdelse af projektplan herunder risikoanalyse og interressentanalyse, tidsplan, budget, afrapportering, nedsættelse af projektgruppe, nedsættelse af styregruppe, nedsættelse af evt. sparringsgruppe bestående af Reg H og DTU.	Ved projektets afslutning skal der foreligge en plan for projektets videre forløb og finansiering.
EFFEKTER	A. Eftersom at udviklingen af AI er essentiel for særligt sundhedsvæsenet for, at kunne skabe bedre patientbehandling, samt effektivisering og vækst inden for Greater Copenhagen, bidrager projektet med dets fokus på netop AI-iværksættere til, at Hovedstadsregionen bliver et af de fem mest foretrukne steder i verden til udvikling af sundheds- og velfærdsløsninger. (se "kritisk antagelse"). B. At der via projektet er skabt 250 nye private jobs som et led i virksomhedens deltagelse i communityet 3 år efter projektets ophør. C. At det ekspansive vidensmiljø inden for AI-communityet, har bevirket, at antallet af AI iværksættere er steget fra 250 i Greater Copenhagen til 350 inden for en tre årig periode. D. At 30 start-ups/ virksomheder i communityet, har udviklet nye proof-of-concepts, produkter/services, og/eller processer inden for 2018-2020. E. At 50 start-ups/ virksomheder i communityet har accelereret deres time-to-market "i høj grad" ved, at benytte communityets faciliteter. F. 80 % af medlemmerne i AI communityet vurderer at community- initiativet giver markant øget værdi for AI-iværksættere.	

Kritisk antagelse.

[Hvilke antagelser ligger til grund for, at der er en sammenhæng mellem output og de forventede effekter?]

Som en del af Industri 4.0 kommer kunstig intelligens til at have en revolutionerede indvirke på måden, hvorpå sundhedsydelser tilrettelægges- og gennemføres. Kunstig intelligens har et betydeligt potentiale i forhold til at kunne skabe bedre patientbehandling, effektivisering og vækst i samfundet. Et Danmark i vækst skal være på forkant med nye avancerede teknologier som kunstig intelligens. Region Hovedstaden ser sig selv som en vigtig aktør i denne nationale opgave. Derfor er hovedmålene i den regionale vækst- og udviklingsstrategi netop, at "Hovedstadsregionen skal være et af de fem mest foretrukne steder i verden til udvikling af sundheds- og velfærds løsninger til det globale marked".

I Greater Copenhagen har vi en katastrofal mangel på iværksættere inden for eksponentielle teknologier særligt de AI baserede løsninger. Derfor kan vi med dette projekt, hvor vi understøtter AI communityet og dermed de iværksættere, der skal kunne levere morgendagens teknologier til sundhedsvæsenet og andre steder, have en væsentlig effekt på, at Regionen opnår sit mål i reVUS handlingsplanen om, at være et af de fem mest foretrukne steder til udvikling af sundheds og velfærds løsninger.

For virkelig at have effekt og mulighed for at opbygge et community er det essentielt at projektet får volumen og derved modtager 15 mio over tre år.

Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

NOTAT

Telefon +45 38 66 50 00
Web www.regionh.dk

Til: Regionsrådet

Journal nr.: 17034489
Ref.: CTK

Dato: 13. december 2017

Besvarelse af spørgsmål fra Karin Friis Bach forud for Regionsrådsmødet d. 19. december 2017 til resultatkontrakt vedr. iværksætterindsats for kunstig intelligens

Karin Friis Bach vil gerne have belyst følgende:

”Hvilke andre lignende initiativer er sat i gang i Greater Copenhagen området – og i hvilken grad og hvordan tænkes dette nye initiativ koblet op på disse? Jeg tænker herunder specielt på Dansk Center for Anvendt Kunstig Intelligens på Alexandra Instituttet, Københavns Institut, men der kan jo også være andre initiativer i gang. Jeg vil også gerne have belyst, hvilke tanker der har været i forhold til sammenhæng med det GTS-net, som er startet i regi af Uddannelses- og Forskningsministeriet, og som er et netværk af institutter, der arbejder med Godkendt Teknologisk Service (GTS-net.dk). Når man læser forslaget om det nye initiativ på DTU Scion virker det som om, at det netop er det samme som tanken med GTS-institutterne”.

Baggrund

Initiativet `AI-Iværksætterindsats` har sin baggrund i rammeaftalen med IBM, som regionsrådet godkendte den 13. juni 2016. Udover at omfatte test af kunstig intelligens i sundhedsvæsenet, indeholder rammeaftalen også en indsats, der omhandler styrkelse af AI-økosystemet især de mindre AI- virksomheder og -iværksættere.

Endvidere har Region Hovedstaden og DTU indgået en rammeaftale d. 11. oktober 2016, der skal skabe optimale samarbejdsvilkår for at kunne adressere samfundsmæssige udfordringer, som bl.a. den hastige udvikling i teknologien. AI-iværksætterindsatsen er et godt eksempel på et sådan samarbejde.

Andre lignende initiativer

Det organisatoriske set-up i AI-iværksætterindsatsen styrker triple helix samarbejdet i Greater Copenhagen. Der lægges i indsatsen op til en tæt koordinering og samarbejde med klynger, organisationer og initiativer, der arbejder på samme dagsorden i Greater Copenhagen men ud fra forskellige vinkler. Dette giver god mening i forhold til Dansk Center for Anvendt Kunstig Intelligens (DCAKI) under Alexandra Instituttet, Copenhagen Health Tech Cluster (CHC), Copenhagen Health Innovation (CHI), Københavns Universitet, Professionshøjskolerne m.fl.

AI-iværksætterindsatsen skaber fin synergi og supplement til disse eksisterende initiativer, da den bygger oven på og dækker de gaps, der opleves af AI- start-ups og -iværksættere i dag. Derfor har indsatsen et særligt fokus på test og udvikling af datadrevne teknologier (ikke produkter) målrettet det danske sundhedsvæsen og på at få minimeret de barrierer, som er særligt

EN DEL AF

GREATER
COPENHAGEN

kendetegnene for AI-iværksættere så som adgang til sundhedsdata, specialistkompetencer og klinikere.

Koordinering og samarbejde: Udover at projektets primære partnere har en erfaring og et kompetencesæt, der tilsammen kan indfri projektets målsætninger, er det naturligt at koordinere og/eller samarbejde på forskellige niveauer med førnævnte organisationer.

Under indsatsområde `1) Strategi og mobilisering`, vil det være relevant at samarbejde med CHC, universiteterne og professionshøjskolerne mht. branding, events, konferencer og læringsaktiviteter. Under indsatsområde `2) Idégenerering og match-making`, vil der typisk blive trukket på specialistviden i universitets- og læringsmiljøerne. I `3) Open AI og Test-beds` skal der særligt koordineres med CHC's initiativ omkring sundhedsdata, hvor CHC's indledende analysearbejde, kan bidrage til at skabe overblik for projektets målgruppe og bidrage direkte til den særlige indsats, som projektet vil foretage for at sikre smidigere adgang til data. AI-iværksættere har brug for at kunne udvikle algoritmer, få skabt adgang til klinikere, forskere og data. Det fysiske hardware kommer først senere, hvor et samarbejde med et GTS-institut ift. test og videreudvikling kan give mening. I projektets indsatsområde 4) `Sparring og ydelser`, er det muligt at indgå aftaler med eksterne og evt. kommercielle partnere så som DCAKI, GTS-netværket, DIKU (Datalogisk institut, KU) m.m.

AI-Iværksætterindsatsen giver således også perspektiver til at inddrage aktører fra en bredere vinkel som eks. Professionshøjskolerne, herunder Metropol, Københavns Universitet etc. eftersom uddannelses- og læringsperspektivet i det opbyggede AI-community (herefter betegnet fællesskab) skal være genstand for undervisning og vidensdeling i og uden for fællesskabet.

Hertil skal projektet generelt tænkes sammen med eksempelvis følgende initiativer, der har fokus på datadrevne teknologer: ReVUS Fyrtårnet: "Digital infrastruktur og fælles datahub i Greater Copenhagen" samt indspillet til regeringen fra de 4 førende universiteter omkring etablering af en digital innovationshub. AI-iværksætterindsatsen kan netop danne værdifulde erfaringer forud for sidstnævnte digitale innovationshub, hvor DTU forventes at få en vigtig rolle. Administrationen har dertil haft en løbende positiv dialog med Erhvervsministeriet på flere niveauer omkring initiativet.

Sammenhæng med GTS-net

Region Hovedstaden ønsker med AI-iværksætterindsatsen, at skabe et *åbent, ikke kommercielt* fællesskab for alle aktører i økosystemet. Dette er en væsentlig forskel på AI-iværksætterindsatsen og DCAKI og GTS institutterne, der er kommercielt drevet og, hvor virksomheder derfor kan købe sig til eksempelvis en plads i et kontorfællesskab, til konsulent-ydelser eller til test af fysiske produkter. Ved et fællesskab forstås et åbent, kreativt miljø, der arbejder mod samme primære formål – at få løftet, udviklet og anvendt nye AI-sundhedsteknologier og derved at skabe bedre vilkår for start ups, iværksættere og entreprenører på området. Dette er dels for at sikre etableringen af flere nye iværksættere, dels for at støtte udviklingen hos eksisterende iværksættere og entreprenører. GTS Institutterne og DCAKI har, med deres kommercielle fokus og tilbud af rådgivningsydelser, et andet formål end AI-Iværksætterindsatsen og har en målgruppe, der i praksis i højere grad er bestående af større etablerede SMV'er, store virksomheder samt mere modne produkter i deres portefølje.

GTS-institutterne er kommercielle virksomheder med et almennyttigt formål, der arbejder med bl.a. test og udvikling af fysiske produkter. Dansk Center for Anvendt Kunstig intelligens er et initiativ under Alexandra Instituttet, som er et af 7 godkendte GTS- institutter.

AI-iværksætterindsatsen søger:

- at samle et ellers fragmenteret AI-miljø for at skabe nye talenter, kritisk masse, vækst og konkurrenceevne i Greater Copenhagen på ikke-kommerciel vis
- at lave en særlig indsats, der skal sørge for dataadgang til aktørerne i et afgrænset rum og afgrænset periode. Ved at smidiggøre adgangen til sundhedsdata kan projektet bedre tilbyde et eksplorativt miljø til udvikling af proof of concepts og ikke mindst bidrage til fortælling om succesfuld brug af danske sundhedsdata. Ved algoritmeudvikling og dataanalyser- modsat produktudvikling- er den kreative proces anderledes og fordrer andre forhold end den, der praktiseres og tilbydes test af på GTS-institutterne.
- at skabe et fællesskab, hvor førende forskere, specialister og iværksættere har hjemme - viden skal flyde kontinuerligt i miljøet. Dette vil tiltrække flere aktører fra en bredere del af økosystemet end et netværk i et GTS-institut f.eks. kan alene.
- at tiltrække aktører der har en fælles naturlig interesse i at bidrage til mobilisering og markedsføring af Greater Copenhagen, som det foretrukne sted for AI-udvikling – også tilpasset det danske sundhedsvæsen.

AI-iværksætterindsatsen er således ikke en opbygning af en parallel organisation, men derimod et nyt initiativ, der skal samle og fremme vækst blandt leverandører af den teknologi, der kommer til at revolutionere patientbehandlingen. AI-iværksætterindsatsen skal bidrage til, at Greater Copenhagen udnytter det kæmpe potentiale, der er ved brug af datadrevne sundhedsteknologier i forhold til at skabe et bedre sundhedsvæsen, vækst og ultimativt jobs. Alternativt forsvinder de i forvejen få iværksættere og virksomheder inden for AI, da de ser sig nødsaget til at udvikle deres løsninger i udlandet, hvor vilkårene er mere attraktive.

Økonomi:

Aktiviteterne i resultatkontrakten løber op i 15 mio. kr. over 3 år, hvilket afspejles i indholdet i resultatkontrakten og dertilhørende bilag. I 2018 er der bevilliget 4 mio. kr. og de resterende midler søges bevilliget ifm. afrapportering af resultater på Vækstforum-møder i henholdsvis 2018 og 2019.

UDKAST

Vækstforum Hovedstaden
Kongens Vænge 2
DK - 3400 Hillerød

Referat af møde i Vækstforums rådgivningsgruppe den 24. oktober 2017

Deltagere

Rådgivningsgruppen

Toni Matz

Jesper Kampmann

Birte Dreyer Kristensen

Per Thye Rasmussen

Jacob Fritz Hansen

T +45 4820 5000
F +45 4520 5661
E vækstforum@regionh.dk
W regionh.dk

Dato: 25. oktober 2017

Afbud fra Flemming Ipsen

Fra sekretariatet

Susanne Ulrich

Kim Bonne

Eva Jacobsen

1. Indledning

På mødet drøftede rådgivningsgruppen fire ansøgninger udelukkende til de regionale erhvervsudviklingsmidler. Der har i efteråret ikke været en egentlig ansøgningsrunde, men ansøgningerne er blevet fremsendt løbende.

2. Gennemgang og drøftelse af ansøgninger

Følgende fire ansøgninger var til drøftelse:

- 1) "Copenhagen Filmfund- Investeringskapital 2018", Cph Film Fund
- 2) "Initiativ for kreativ vækst", Interactive Denmark
- 3) "Maritim turisme – nu med mere", Halsnæs kommune
- 4) "University Startup World Cup (USWC)", Venture Cup

Under drøftelse af 4) var Jacob Fritz Hansen inhabil, i og med han er medlem af bestyrelsen for Venture Cup, og han forlod lokalet.

Ad 1) Copenhagen Film Fund – Investeringskapital 2018, Copenhagen Film Fund

Projektet søger 5,0 mio. kr. i regionale erhvervsudviklingsmidler til en 1-årig forlængelse.

Formål

Ansøgningen om tilskud til kapital i 2018 skal sikre, at fonden kan give investeringsstøtte i 2018 samt arbejde videre med at etablere en fælles organisatorisk ramme; Media Society Denmark. Målet er, at der fra 2019 er en fælles strategi og finansiering af den digitale og visuelle industri i hele Danmark, som udover film også omfatter gaming og animation. Formålet med strategien er, at Greater Copenhagen skal blive en af de væsentligste regioner i Europa for digitale fortællinger og innovation.

Sekretariatets vurdering:

Vurdering af udvælgelseskriterier			
1 = mangelfuld	2 = væsentlige mangler	3 = fornuftig med nogle forbehold	4 = godt og uden væsentlige forbehold
1. Bidrag til realisering af den regional vækst- og udviklingsstrategi (ReVUS)			3-4
Projektet skriver sig direkte ind i ReVUS regionale udfordring om, at endnu flere film og TV-serier produceres i regionen til gavn for væksten og jobskabelsen i filmindustrien og relaterede brancher. Derudover medvirker projektet i høj grad til at løse ReVUS-udfordringen "Jobs og branding gennem internationale film og TV-serier". I relation til denne udfordring ønsker regionen at "Mårette og investere i arbejdet med tiltrækning af store internationale film- og TV-produktioner samt benytte deres tilstedeværelse i regionen til branding af Greater Copenhagen".			
2. Vækst og/eller jobskabelse			2-3
Effektkæden er fornuftig. De forventede effekter er beregnet af konsulent, men forudsætningerne fremgår ikke. Projektet vurderer, at der skabes 246 danske arbejdspladser pr. år Effekten kommer som følge af øget BNI, da tilskuddet fra fonden skal suppleres med min. en faktor 2,5. Dette skaber en omsætning og jobskabelse i den danske den digitale visuelle industri. 90 % af den visuelle industri er placeret i hovedstadsregionen.			
3. Samarbejdskreds med relevante kompetencer og ressourcer			2-3
Filmfonden har de relevante kompetencer. I forhold til finansiering af projektet, så har Københavns Kommune bevilget de ansøgte 8 mio. kr. Fremgår af ansøgningen, at øvrige mindre kommuner også vil bidrage.			
4. Projektstørrelse og levedygtighed/forankring			2-3
Projektet er afhængig af årlig offentlig medfinansiering og kan ikke fortsætte uden tilskud fra offentlige og private. Der er udarbejdet en strategi for Media Society Denmark, hvor man arbejder frem mod en ændret organisation samt en statslig medfinansiering af virtuelle og digitale industri.			

Det trækker ned i vurderingen, at Filmfonden ved sidste forelæggelse for Vækstforum, fik et tilsagn med bemærkningen ”Der var enighed om, at der efter 2017 er behov for at finde en mere permanent løsning for fondens set-up og finansiering” – hvilket nu først forventes at ske efter 2018.	
5. Regionale løsninger på regionale udfordringer	3
Arbejdet med at etablere et Media Society Denmark, som en national klynge for den digitale og visuelle industri er bl.a. et resultat af, at Region Hovedstaden og Københavns Kommune har påpeget overfor filmfonden, at udfordringen med at skaffe årlig offentlig finansiering skal involvere staten. Man har derfor sammen med Interactive Denmark (Fyrtårnsprojekt i ReVUS – og anden ansøgning om forlængelse) samlet en række centrale danske aktører inden for film, gaming og animation og udarbejdet et strategiudkast for Media Society Denmark, som er blevet præsenteret for erhvervsministeren. Resultatet er, at der er nedsat arbejdsgrupper med deltagelse af erhvervsministeriet, som skal udarbejde konkrete erhvervsfremmende forslag til realisering i finansloven 2019. Det er sekretariatet vurdering, at Copenhagen Film Fond er nået langt i deres bestræbelser i at få staten involveret i den fremtidige medfinansiering af den digitale visuelle industri i Danmark. Det er i den forbindelse positivt, at man fra statens side indgår i arbejdsgrupper, der skal spille ind til konkrete forslag i finansloven 2019. Det trækker dog ned i vurderingen, at de to ansøgninger fra hhv Filmfonden og Interactive Denmark ikke er tænkt samme.	

Bemærkninger fra rådgivningsgruppen

Medlemmerne var overordnet positive i forhold til ansøgningen. Der var dog kritik af, at Filmfonden ikke var lykkedes med at følge op på Vækstforums bemærkning sidste år om, at der skal arbejdes på en permanent finansieringsmodel. Man burde have arbejdet for en større andel af privat finansiering. Og der burde i ansøgningen være oplysninger om at effektmålene var blevet realiseret. Der blev endvidere stillet spørgsmålstegn ved den anvendte beregningsmodel i forhold til skabelse af arbejdspladser. Modellen er en branche-model, og kan ikke uden videre overføres til projektets effektkæde.

Rådgivningsgruppen vurderede dog, at en fortsættelse af Filmfondens indsats i 2018 er vigtig, da det muliggør et fælles Media Society Denmark fra 2019. Der var forslag fra flere medlemmer om, at det kunne være med reduceret støtte. Det var der dog ikke enighed om. Et medlem ønskede at fastholde indstilling med det fulde beløb.

Ad 2) Initiativ for Kreativ Vækst, v. Interactive Denmark

Projektet søger 2,0 mio. kr. af de regionale erhvervsudviklingsmidler til en 1-årig forlængelse.

Formål

En af de væsentligste aktiviteter i 2018 vil være at samle den interaktive industri samt film og tv-produktionen under en fælles alliance i Media Society Denmark. Strategien for Media Society Denmark går på samlet afklaring af den offentlige og private finansiering til aktiviteterne fra 2019.

Sekretariatets vurdering:

Vurdering af udvælgelseskriterier			
1 = mangelfuld	2 = væsentlige mangler	3 = fornuftig med nogle forbehold	4 = godt og uden væsentlige forbehold
1. Bidrag til realisering af den regional vækst- og udviklingsstrategi (ReVUS)			3
Interactive Denmark er et Fyrtårnsprojekt i ReVUS Handlingsplan 2015-2016. Målet er en videreudvikling af klyngeekretariatet inden for interaktive digitale medie, som skal arbejde med forretningsudvikling private investeringer og internationalisering.			
2. Vækst og/eller jobskabelse			2-3
Effektkæden er fornuftig. Men den er ikke kvantificeret og forudsætningerne fremgår ikke. Ansøger angiver den årlige jobeffekt til 150 nye jobs.			
3. Samarbejdskreds med relevante kompetencer og ressourcer			3
Interaktive har de relevante kompetencer. I forhold til finansiering af projektet, så har Københavns kommune bevilget 1,0 mio. kr. Region Midt forventes at bevilge 0,635 mio. kr. og private organisationer (Producentforeningen, Capnova og Filmby Aarhus) 2 mio. kr.			
4. Projektstørrelse og levedygtighed/forankring			2-3
Projektet er afhængig af årlig offentlig medfinansiering og kan ikke fortsætte uden tilskud fra offentlige og private. Der er udarbejdet en strategi for Media Society Denmark, hvor man arbejder frem mod en ændret organisation samt en statslig medfinansiering af virtuelle og digitale industri			
5. Regionale løsninger på regionale udfordringer			2-3
Arbejdet med at etablere et Media Society Denmark, som en national klynge for den digitale og visuelle industri er bl.a. et resultat af, at Region Hovedstaden og Københavns Kommune har påpeget overfor filmfonden, at udfordringen med at skaffe årlig offentlig finansiering skal involvere staten. Man har derfor sammen med Copenhagen Film Fund (anden ansøgning om 1-årig forlængelse) samlet en række centrale danske aktører inden for film, gaming og animation og udarbejdet et strategiudkast for Media Society Denmark, som er blevet præsenteret for erhvervsministeren. Resultatet er, at der er nedsat arbejdsgrupper med deltagelse af Erhvervsministeriet, som skal udarbejde konkrete erhvervsfremmende forslag til realisering i finansloven 2019. Det er sekretariatets vurdering, at Interactive Denmark er nået langt i deres bestræbelser i at få staten involveret i den fremtidige medfinansiering af den digitale visuelle industri i Danmark. Det er i den forbindelse positivt, at man fra statens side indgår i arbejdsgrupper, der skal spille ind til konkrete forslag i finansloven 2019.			

Det trækker dog ned i vurderingen, at de to ansøgninger fra hhv. Filmfonden og Interactive Denmark ikke er tænkt samme.

Bemærkninger fra rådgivningsgruppen

Rådgivningsgruppen var enige om, at det er en branche med stort vækstpotentiale, og der var overvejende stemning for en fortsat bevilling, så der fra 2019 var en mere permanent løsning. Der var dog enighed om, at ansøgningen havde en række mangler. Bl.a. manglede der dokumentation for effektmål og dokumentation for de resultater, der er opnået indtil nu. De angivne effektmål er på brancheniveau og sikkert rigtige. Men det er ikke en effekt, som alene skyldes aktiviteter i det hidtidige projekt. Der blev efterlyst, hvorfor Filmfonden og Interactive ikke var gået sammen om en fælles ansøgning. Rådgivningsgruppen var delt i forhold til, om ansøger skulle have et betinget tilsagn med krav om dokumentation for hidtidige resultater, eller om der skulle gives afslag med mulighed for at søge en senere ansøgningsrunde.

Ad 3) Maritim turisme – nu med mere” v. Halsnæs Kommune

Projektet søger 1,0 mio. kr. fra de regionale erhvervsudviklingsmidler til en 9 måneders forlængelse.

Formål

Projektet Maritim Turisme skal udvikle autentiske og attraktive oplevelsesprodukter med tilknytning til havnemiljøet og de maritime erhverv i de tre deltagende nordsjællandske kommuner: Gribskov, Helsingør og Halsnæs. Under forlængelsen vil der blive gennemført et yderligere virksomhedsforløb for mindst 18 virksomheder, og det er hensigten at overføre projektets metode til et efterfølgende projekt for ”land”-baserede virksomheder, f.eks. i tilknytning til Nationalpark Kongernes Nordsjælland, samt inddrage flere kommuner.

Sekretariatets vurdering

Vurdering af udvælgelseskriterier			
1 = mangelfuld	2 = væsentlige mangler	3 = fornuftig med nogle forbehold	4 = godt og uden væsentlige forbehold
1. Bidrag til realisering af den regional vækst- og udviklingsstrategi (ReVUS)			3
Projektet understøtter mål i ReVUS om at udvikle nye turistprodukter, som kan være med til at skabe spændende turistmål med turistprodukter af høj kvalitet, god service og god tilgængelighed (Revus s. 32). Projektet – og forlængelsen – kan bidrage til forretningsudvikling inden for turisme og kreative erhverv med tilknytning til de maritime erhverv og havnemiljøerne i de tre kommuner.			
2. Vækst og/eller jobskabelse			2-3
Effektkæden vurderes umiddelbart at have en fornuftig sammenhæng mellem aktiviteter, output og effekter. Dog indgår i forlængelsen også aktiviteter, som vedrører et eventuelt efterfølgende projekt, bl.a. workshops. Projektet forventes at have en mindre vækstsabende effekt hos de deltagende virksomheder			

Effekten som følge af forlængelsen er angivet til 4 nye arbejdspladser – oveni de 12, som forventes fra det oprindelige projekt. De halvårslige statusrapporter viser at projektet forløber tilfredsstillende og planmæssigt. En ekstern slutevaluering foreligger p.t. ikke.	
3. Samarbejdskreds med relevante kompetencer og ressourcer	3
Samarbejdskredsen vurderes at være relevant og faglig kompetent til at gennemføre projektet. I forlængelsen omtales inddragelse af nye kommuner, som kan være relevante for et muligt efterfølgende projekt. Disse kommuner er ikke relevante i forhold til den oprindelige bevilling, som skal styrke udvikling i smv'er i områder med lav vækst.	
4. Projektstørrelse og levedygtighed/forankring	2
Projektet har et begrænset omfang og en begrænset geografisk udbredelse, da der kun deltager 3 kommuner. Projektets resultater og effekter kan heller ikke betegnes som markante i en regional sammenhæng. Dette trækker ned i vurderingen. En forankring af det aktuelle projekt synes ikke aktuel. I stedet ønsker projektet at undersøge muligheder for et nyt projekt for en bredere målgruppe og virksomheder og en bredere gruppe af kommuner i Nordsjælland. Der er ret stor usikkerhed om etableringen af et sådant eventuelt efterfølgende projekt. I givet fald vil det skulle prioriteres blandt Visit Nordsjællands øvrige satsninger og aftales med Wonderful Copenhagen, som en del resultataftalen med Region Hovedstaden.	
5. Regionale løsninger på regionale udfordringer	2
Projektet er ikke en regional løsning på en regional udfordring. Der er hovedsagelig tale om en særlig indsats i forhold til de tre deltagende kommuner, hvor der er smv'er med lav vækst. Fremadrettet skal den regionale turismeindsats aftales i resultataftalerne mellem WoCo og regionen. Herigennem sikres en samlet koordinering og prioritering af turismeindsatsen i regionen og i Greater Copenhagen.	

Bemærkninger fra rådgivningsgruppen

Ideen med transition af traditionelle (maritime) erhverv til turisme er god, men det blev efterlyst, at projektet ikke kun forblev lokalt. Rådgivningsgruppen bemærkede at det ikke var noget stort projekt, og efterlyste konkrete en evalueringsrapport med konkrete resultater fra det eksisterende projekt. Samtidig blev det bemærket, at de forventede effekter for en evt. forlængelse blot var 4 job. Det blev beklaget, at projektforlængelsen ikke længere havde fokus på det maritime, og rettede sig i retning mod andre brancher og kommuner. Det er svært at finde en tilstrækkelig begrundelse for en forlængelse, hvorfor rådgivningsgruppen anbefalede et afslag.

Ad 4) University Startup World Cup (USWC), v. Venture Cup

Projektet søger 2 mio. kr. af de regionale erhvervsudviklingsmidler til en 2-årig forlængelse.

Formål

Projektet skal medvirke til at gøre København til en af de førende metropoler inden for iværksætteri, trække internationale talenter til regionen og bygge bro mellem det danske startupmiljø og udlandet. Der holdes hvert år et verdensmesterskab i startups fra internationale universiteter, hvor der inviteres ca. 50 teams fra mange forskellige lande.

Sekretariatets vurdering.

Vurdering af udvælgelseskriterier			
1 = mangelfuld	2 = væsentlige mangler	3 = fornuftig med nogle forbehold	4 = godt og uden væsentlige forbehold
1. Bidrag til realisering af den regional vækst- og udviklingsstrategi (ReVUS)			3
Projektet bidrager til rammevilkår "kompetent arbejdskraft og internationalisering". Medvirker til mål om, at højtuddannede i højere grad skal uddannes til private jobs, talentudviklingen skal styrkes og flere iværksættere skal bryde igennem og etablere succesfulde virksomheder. (s. 20). Projektet tiltrækker endvidere internationale talenter og etablerer kontakter til erhvervslivet. Øger interessen for iværksætteri hos højtuddannede og udbreder kendskabet til København og Greater Copenhagen, som et sted, der er attraktivt for iværksættere.			
2. Vækst og/eller jobskabelse			2-3
Effektkæden er rimelig logisk. Aktiviteter og output er kvantificeret. Men effekten er vanskelig at kvantificere. Ansøger forventer, at 20 talenter årligt vil blive ansat i danske virksomheder og at 10 virksomheder opstarter efter 2 år. En ekstern evaluering af projektets første 3 år er p.t. ikke færdig.			
3. Samarbejdskreds med relevante kompetencer og ressourcer			4
Venture Cup Danmark har den fornødne erfaring og samarbejder med de danske universiteter. Erhvervsorganisationer, fagforeninger og private virksomheder medvirker med arbejdskraft og som sponsorer. Regionen medfinansierer "kernen" i projektet, som er ledelse og projektarbejde. Andre aktiviteter, f.eks. lokaler, transport for deltagere og præmiepenge, medfinansieres af sponsorer og andre.			
4. Projektstørrelse og levedygtighed/forankring			3
Der er tale om et projekt, som markedsføres på mange universiteter og i mange lande. Der er opnået et bredt kendskab, således at der er oprettet kontaktpunkter/chapters i 5 lande. Projektet har fået lettere ved at skaffe sponsorbidrag i projektperioden, og ansøger forventer at fortsætte projektet via erhvervslivets og private fondes bidrag efter de to år.			
5. Regionale løsninger på regionale udfordringer			3
Projektet er et mindre projekt, men det bidrager til en regional løsning på en regional udfordring i forhold at øge interessen for iværksætteri hos højtuddannede. Skaber god opmærksomhed om København og Greater Copenhagen. Øger samarbejdet og kontakter mellem universiteter og erhvervslivet på et konkret plan.			



Rådgivningsgruppens bemærkninger

Rådgivningsgruppen var generelt positiv over for projektansøgningen. Projektet har år for år leveret de lovede resultater. Der er etableret et godt samarbejde mellem universiteter og virksomheder. Og egenfinansieringen er øget. Dog efterlystes en ekstern evaluering af de resultater, som projektet har leveret samt statements fra erhvervslivet om tilfredshed med samarbejdet. Der var enighed om at anbefale støtte til projektet.

Punkt nr. 29 - Orientering om spørgsmål i spørgetiden

Bilag 1 - Side -1 af 9

Spørgsmål til spørgetiden til regionsrådsmødet den 19. december 2017

Fra: bifa bifa [<mailto:33klingklang@gmail.com>]

Sendt: 15. november 2017 13:17

Til: Stine Mieth-Waldorff <stine.mieth-waldorff@regionh.dk>; bifa bifa <33klingklang@gmail.com>

Emne: Hert er alle spørgsmål samlet. Der kommer ikke flere. Regionsmøde 19. december

1)

Vil antallet af tildelte puljeapparater til ørelæger stige i takt med den procentuelle stigning af borgere + 55 år i Region Hovedstaden?

2)

Kan man i Region Hovedstaden pege på fordyrende arbejdsgange i forbindelse med tildeling af høreapparater, som ville kunne spares væk, så de tiloversblevne penge kunne nedbringe ventelisterne?

3)

Der er givetvis borgere i Regionen, der ikke får fuldt udbytte af HA, ikke fordi de er demente, men fordi der ikke er afsat tid nok i forbindelse med tilpasning af Høreapparat og samtale med borgeren.

Kunne man på forsøgsbasis lade en audiologopæd betalt af RegionH give udvidet instruktion og opfølgning - gerne i forbindelse med det nye Sundhedstilbud, man tilbyder ældre på Frederiksberg Hospital?

På sigt kunne dette formentlig give større tilfredshed og udbytte af HA hos en del borgere? Jeg forestiller mig, at i Frederiksberg kommune med ca. 110.000 indbyggere kunne beskæftige en audiologopæd, der måtte indstille / omprogrammere HA - en dag om ugen i 7 timer.

En sådan ordning kunne formentlig betyde større brug af HA målt i timer, samt større udbytte og tilfredshed?

4)

Hvorfor kan borger i mange kommuner henvende sig direkte til et Kommunikationscenter, når borgere på Frederiksberg skal visiteres til Københavns kommunes Center i Frankrigsgade?

For mig at se er der en forskelsbehandling på borgere i forbindelse med den undervisnings del, der er påkrævet ved udlevering af et medicinsk hjælpemiddel? I kunne se på Bornholm og Kommunikationscentret i Herning, som er nogle gode eksempler. Bornholm er jo også Region H.

5)

Livskvalitet kan vær vanskelig at måle. Men hvis man kan drage en parallel til, hvad nyfødtheds screening har betydet for hele høreområdet, så er der gevinster at hente psykologisk og socialt ved en bedre høreapparatbehandling af voksne.

Desuden er der meget forskning, der tyder på at en forbedret indsats på høreområdet kan udskyde eller formindske demensproblematikken. Desuden vil flere borgere kunne beholde deres arbejde længere, hvis de er godt behandlet med HA. Så set med arbejdsmarkedets øjne er her også gevinster at hente. Der foreligger mange undersøgelser, der viser, hvor mange penge man kan spare ved at starte høreapparat behandling op, når høretab begynder at vise sig og at en god høreapparat behandling giver gevinster på det menneskelige og økonomiske plan.

Har I kendskab til disse beregninger dels fra udlandet og dels fra Danmark? Der findes mange undersøgelser og litteratur over gevinster ved hurtig og god behandling af høretab.

A comprehensive worldwide initiative like VISION 2020 but for hearing could provide a focus for support and also enable and facilitate the increased efforts that are needed to reduce the burden. Success would produce major personal and societal gains, including gains that would help to fulfil the "healthy lives" and "disability inclusive" goals in the UN's new 2030 Agenda for Sustainable Development. The Lancet 2015

6)

Hvor mange personer har HA i Frederiksberg kommune?

Kommunen siger, at jeg skal spørge Jer.

Punkt nr. 29 - Orientering om spørgsmål i spørgetiden
Bilag 1 - Side -2 af 9

7)

Stilles der krav til tilgængelighed hos puljeørelæger?

De 2 puljeørelæger på Frederiksberg bor på 1. sal uden elevator.

Man må formode, at mange ældre og måske gangbesværede benytter sig af puljeordningen.

8)

En puljeørelæge er en ørelæge.

Men har han eller hun en særlig audiologisk viden ud over den turnus på en audiologisk afdeling, de måtte have været på i forbindelse med deres uddannelse?

9)

Stilles der særlige audiologiske krav til puljeørelæger med hensyn til audiologisk videreuddannelse?

Der sker jo en rivende udvikling på det teknisk/ audiologiske område hele tiden. For mig at se er det nødvendigt, at den ØNH, der har med puljeapparater at gøre, kan kontrollere om audiologiassistenten i hans klinik udleverer de rigtige apparater og at de er indstillet korrekt.

Birgitte Franck

Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

Telefon 38665000
Mail regionsraadsformand@regionh.dk
Web www.regionh.dk

Dato: 19. december 2017

Kære Birgitte Franck

Mange tak for din henvendelse angående høreapparatsbehandling i Region Hovedstaden, og tak for dine forslag til forbedringer af området.

Regionsrådet er opmærksom på de lange ventetider på området og har også stillet administrationen en række spørgsmål om, hvordan vi kan nedbringe ventetiderne. 40 og 48 ugers ventetid til høreapparatsbehandling på regionens hospitaler er for lang tid, og derfor er vi også i gang med at se på muligheder for at effektivisere området. I februar måned kommer der en sag på til vores møde i Sundhedsudvalget i regionen om forskellige løsninger for nedbringelse af ventetider til høreapparatsbehandling.

Med den nuværende organisering af området er der ikke nogle arbejdsgange, der kan spares væk. Blandt andet er vi ved at undersøge, om den model vi har på Bornholm - som du også nævner - med et fælles kommunikationscenter, kunne udbredes til hele regionen for at nedbringe ventetiderne. I så fald ville en audiologopæd blive tilknyttet kommunikationscentret.

I forhold til det sundhedspersonale der udfører høreapparatsbehandlingen, har jeg fuld tiltro til den uddannelse, som de har gennemført for at blive speciallæge i øre-, næse- og halssygdomme. Regionen har derfor ikke fremsat særlige krav til de ørelæger, der ønsker at blive en del af puljeaftalen. Dog har regionen krav til ørelægerne behandling, samt særlige krav til audiologiassistenternes erfaring, hvis de er med i puljeaftalen.

Da mange af dine spørgsmål er relativt specifikke, har jeg vedlagt et dokument, der svarer på hver enkelt af spørgsmålene. For nogle af spørgsmålene må vi henvise til kommunerne, gældende overenskomst om speciallægehjælp eller regionens aftale om høreapparatbehandling med ørelægerne (Puljeaftalen).

Med venlig hilsen

Sophie Hæstorp Andersen

**Besvarelse af 9 spørgsmål fra Birgitte Franck til regionsrådets spørgetid
den 19. december 2017**

- 1. Vil antallet af tildelte puljeapparater til ørelæger stige i takt med den procentuelle stigning af borgere + 55 år i Region Hovedstaden?*

Svar: Region Hovedstaden har en særlig aftale om 5.000 høreapparatbehandling om året med Foreningen af Privatpraktiserende Speciallæger (FAPS). Ørelæger, der ønsker at blive en del af kvoten, kan tilmelde sig kvoteordningen. Kvoteordningen benævnes også puljeaftalen.

Den samlede kvote ændrer sig ikke på baggrund af demografiske ændringer.

- 2. Kan man i Region Hovedstaden pege på fordyrende arbejdsgange i forbindelse med tildeling af høreapparater, som ville kunne spares væk, så de tiloversblevne penge kunne nedbringe ventelisterne?*

Svar: Når en borger har erkendt et høreproblem og ønsker at blive undersøgt for det, er der forskellige veje til at opnå høreapparatbehandling.

Borgeren kan uden henvisning fra en praktiserende læge henvende sig hos en ørelæge, som undersøger borgeren med henblik på diagnostik og behandling.

Hvis der er behov for høreapparatbehandling, skal ørelægen informere patienten om patientens frie valg af høreapparatbehandling. Voksne patienter med ukomplicerede høretab kan frit vælge mellem offentlig behandling på audiologisk hospitalsafdelinger, hos ørelæger tilsluttet regionens aftale om høreapparatbehandling eller på en godkendt privat høreklinik.

Patienter med komplicerede høretab og patienter under 18 år skal altid henvises til audiologiske afdelinger på hospitalerne jf. faglig vejledning til øre-, næse- og halslæger vedr. udredning og henvisning af patienter med hørenedsættelse, juni 2015.

Region Hovedstaden vurderer ikke at der er nogen arbejdsgange, der kan spares væk med den nuværende organisering af høreapparatsområdet.

Administrationen i Region Hovedstaden er dog i proces med, at undersøge effektiviseringsmuligheder på området og er inspireret af modellen med kommunikationscenter på Bornholm, hvor der udleveres høreapparater til borgere.

På baggrund af et politikerspørgsmål stillet den 16. oktober 2017 bliver der behandlet en sag i Sundhedsudvalget i januar 2018, hvor nedbringelse af ventelister på høreapparatsområdet behandles.

3. *Der er givetvis borgere i Regionen, der ikke får fuldt udbytte af HA, ikke fordi de er demente, men fordi der ikke er afsat tid nok i forbindelse med tilpasning af Høreapparat og samtale med borgeren. Kunne man på forsøgsbasis lade en audiologopæd betalt af RegionH give udvidet instruktion og opfølgning - gerne i forbindelse med det nye Sundhedstilbud, man tilbyder ældre på Frederiksberg Hospital? På sigt kunne dette formentlig give større tilfredshed og udbytte af HA hos en del borgere? Jeg forestiller mig, at i Frederiksberg kommune med ca. 110.000 indbyggere kunne beskæftige en audiologopæd, der måtte indstille / omprogrammere HA - en dag om ugen i 7 timer. En sådan ordning kunne formentlig betyde større brug af HA målt i timer, samt større udbytte og tilfredshed?*

Svar: Region Hovedstaden har ikke haft overvejelser om ansættelse af audiologopæd.

For de borgere, der har fået udleveret høreapparater hos en ørelæge, har de mulighed for at bestille en tid til tilpasning af høreapparatet hos deres ørelæge. Borgere, der har fået udleveret høreapparat hos en privat høreklub kan henvende sig til sin private høreklub for at få tilpasset sit høreapparat.

Det gælder for borgere, der har fået udleveret høreapparat på et hospital, at hospitalet inden for 3 måneder efter udlevering af et høreapparat skal tilbyde justering af apparatet. Justering, indsættelse af propper, slanger mv. er en kommunal opgave efter de tre måneder.

Specialundervisning for voksne er et kommunalt ansvarsområde, hvilket bl.a. indeholder instruktion i brugen af høreapparater, efterjustering af høreapparater

samt rådgivning og vejledning om f.eks. muligheder og begrænsninger ved brug af høreapparat.

4. *Hvorfor kan borger i mange kommuner henvende sig direkte til et Kommunikationscenter, når borgere på Frederiksberg skal visiteres til Københavns kommunes Center i Frankrigsgade? For mig at se er der en forskelsbehandling på borgere i forbindelse med den undervisnings del, der er påkrævet ved udlevering af et medicinsk hjælpemiddel? I kunne se på Bornholm og Kommunikationscentret i Herning, som er nogle gode eksempler. Bornholm er jo også Region H.*

Svar: Region Hovedstaden er ikke bekendt med de undervisningsmuligheder, der er i de forskellige kommuner. Region Hovedstaden henviser til kommunerne for uddybende information.

Sundhedsstyrelsen skriver i folderen: "Hvis du skal ha' høreapparat", at kommuner tilbyder gratis instruktion og undervisning i brug af høreapparater, uanset om en borger har fået høreapparat i det offentlige eller hos en privat høre-klinik.

Det skal bemærkes, at modellen på Bornholm er en særlig regional aftale om varetagelse af høreapparatsbehandling, der skal erstatte nogle af de ydelser de praktiserende ørelæger på Bornholm udfører.

5. *Livskvalitet kan vær vanskelig at måle. Men hvis man kan drage en parallel til, hvad nyfødthedsscreening har betydet for hele høreområdet, så er der gevinster at hente psykologisk og socialt ved en bedre høreapparatbehandling af voksne. Desuden er der meget forskning, der tyder på at en forbedret indsats på høreområdet kan udskyde eller formindske demensproblematikken. Desuden vil flere borgere kunne beholde deres arbejde længere, hvis de er godt behandlet med HA. Så set med arbejdsmarkedets øjne er her også gevinster at hente. Der foreligger mange undersøgelser, der viser, hvor mange penge man kan spare ved at starte høreapparat behandling op, når høretab begynder at vise sig og at en god høreapparat behandling giver gevinster på det menneskelige og økonomiske plan. Har I kendskab til disse beregninger dels fra udlandet og dels fra Danmark? Der findes mange undersøgelser og litteratur over gevinster ved hurtig og god behandling af høretab. A comprehensive worldwide initiative like VISION 2020 but for hearing could provide a focus for support and also enable and facilitate the increased efforts that are needed to reduce the burden. Success would produce*

major personal and societal gains, including gains that would help to fulfil the “healthy lives” and “disability inclusive” goals in the UN's new 2030 Agenda for Sustainable Development. The Lancet 2015

Svar: Region Hovedstaden er ikke bekendt med beregninger på området ift. økonomiske gevinster, men følger generelt udviklingen på området i forhold til forskning og faglige anbefalinger om høreapparatsbehandling og hørenedsættelse.

Hørerelateret livskvalitet kan måles med forskellige validerede spørgeskemaer. I et Cochrane review (en systematisk gennemgang af forskning) publiceret for to måneder siden var konklusionen at høreapparater effektivt kan forbedre hørerelateret livskvalitet, generel livskvalitet og høreproblemer hos voksne med let til moderat høretab. Dette understøtter brugen af høreapparater til voksne med hørenedsættelse. Artiklen hedder: *“Hearing aids for mild to moderate hearing loss in adults”*.¹

Der er desuden en dokumenteret sammenhæng mellem forekomst af hørenedsættelse og demens, dog menes der ikke at høreapparater kan behandle demens. Sammenhængen er at patienter med demens ofte også lider af hørenedsættelse. Der er et behov for yderligere forskning for at klarlægge om hørenedsættelse bidrager til demens, og hvorvidt behandling af hørenedsættelse kan reducere risikoen for demens.

6. *Hvor mange personer har HA i Frederiksberg kommune? Kommunen siger, at jeg skal spørge Jer.*

Svar: Region Hovedstaden kan ikke oplyse det samlede antal borgere, der har høreapparater i Frederiksberg Kommune. Region Hovedstaden har til gengæld tal på hvor mange høreapparater, der bliver udleveret om året af hospitalerne og ørelægerne i kvoteordningen. I 2016 blev der udleveret 1.347 høreapparater til borgere i Frederiksberg Kommune. I 2017 (januar til og med oktober) er der blevet udleveret 1.221 høreapparater til borgere i Frederiksberg Kommune.

7. *Stilles der krav til tilgængelighed hos puljeørelæger? De 2 puljeørelæger på Frederiksberg bor på 1. sal uden elevator. Man må formode, at mange ældre og måske gangbesværede benytter sig af puljeordningen.*

¹ <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD012023.pub2/full>

Svar: I Overenskomsten om Speciallægehjælp, april 2016, er der retningslinjer for handicapvenlig tilgang, jf. § 42. Det gælder, at: *"Ved nybygning, flytning og væsentlig ombygning af praksis skal lokalerne være i overensstemmelse med byggelovgivningens regler"*.

Region Hovedstaden har prioriteret ørelæger med handicaptilgang ved tildeling af kvoter i forbindelse med aftalen om høreapparatsbehandling.

8. *En puljeørelæge er en ørelæge. Men har han eller hun en særlig audiologisk viden ud over den turnus på en audiologisk afdeling, de måtte have været på i forbindelse med deres uddannelse?*

Svar: Region Hovedstaden har ikke fremsat krav til særlig audiologisk viden for ørelægerne i kvoteordningen udover deres uddannelse. Region Hovedstaden har til gengæld fremsat kvalitetskrav for behandlingen. I aftalen om høreapparatsbehandling med ørelæger i kvoteordningen fremgår, at ørelægerne årligt skal udføre minimum 100 behandlinger og ørelægens høreklub skal opfylde de samme kvalitetskrav som private høreklinikker, jævnfør bekendtgørelsen om høreapparatsbehandling nr. 1438 af 23/12 2012.

Derudover har Region Hovedstaden særlige krav til audiologiassistenter, som er færdiguddannede efter 1. juli 2000, og som selvstændigt foretager audiometri og tilpasning af høreapparater. For disse audiologiassistenter er der krav om at de har mindst to års erhvervserfaring fra en audiologisk klinik, der foretager høreapparatstilpasning på mindst 1.000 klienter årligt, jf. bekendtgørelsen om høreapparatbehandling nr. 1438 af 23/12 2012.

9. *Stilles der særlige audiologiske krav til puljeørelæger med hensyn til audiologisk videreuddannelse? Der sker jo en rivende udvikling på det teknisk/ audiologiske område hele tiden. For mig at se er det nødvendigt, at den ØNH, der har med puljeapparater at gøre, kan kontrollere om audiologiassistenten i hans klinik udleverer de rigtige apparater og at de er indstillet korrekt.*

Svar: Se besvarelse af spørgsmål 8.